



*Juin 2021*

Le 27 Janvier 2021, Journée Internationale dédiée à la Mémoire des Victimes de l'Holocauste, un accord a été conclu entre l'État du Grand-Duché de Luxembourg et le Consistoire Israélite de Luxembourg. La World Jewish Restitution Organization et la Fondation Luxembourgeoise pour la Mémoire de la Shoah sont cosignataires de cet accord. Dans cet accord, le Grand-Duché de Luxembourg s'engage à verser un paiement unique aux survivants de la Shoah vivant actuellement ou ayant été persécutés au Grand-Duché de Luxembourg. L'accord prévoit une somme forfaitaire de 1.000.000 Euros, laquelle sera distribuée à parts égales aux requérants approuvés. L'accord a désigné la Claims Conference comme organisme chargé de gérer et de distribuer les fonds pour les survivants éligibles.

Le montant exact à être versé à chaque individu peut seulement être calculé quand le nombre total des requérants approuvés aura été déterminé.

**Afin d'être éligible à ce programme, le/la requérant/e doit avoir été persécuté/e en tant que juif/juive par le régime nazi ou leurs alliés à un moment quelconque entre Janvier 1933 et Mai 1945 ET:**

1. Vit actuellement au Grand-Duché de Luxembourg, **OU**
2. Vécut au Grand-Duché de Luxembourg à un moment quelconque entre Janvier 1933 et Mai 1945.

Les héritiers de victimes juives du nazisme ne sont pas admissibles à ce programme.

Les demandes complétées doivent être reçues à l'une des adresses ci-dessous au plus tard le **15 Octobre 2021**:

**CLAIMS CONFERENCE / Luxembourg Fund**  
**PO Box 1215**  
**New York, New York 10113**  
**United States**

**CLAIMS CONFERENCE / Luxembourg Fund**  
**Postfach 90 05 43**  
**60445 Frankfurt am Main**  
**Deutschland**

Le paiement unique pourrait être imposable et pourrait nuire à votre aptitude d'obtenir ou de maintenir une aide gouvernementale. Ce paiement devra être considéré comme étant effectué du fait de votre statut de victime de persécution nazie. Il vous incombe de vérifier si ce paiement est imposable et s'il aura une incidence sur les prestations versées par le gouvernement ou sur l'aide gouvernementale. La Claims Conference n'assumera aucune responsabilité relative à toute perte de statut, de prestations ou de revenu résultant de votre acceptation de ce paiement unique.

Les paiements aux requérants approuvés sont prévus être effectués à partir de Décembre 2021. Nous vous remercions de toute l'attention que vous accordez aux exigences décrites dans cette lettre.

Veuillez agréer, Madame/Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Chen Yurista

Chief Experience Officer



## FONDS LUXEMBOURG DEMANDE DE PAIEMENT UNIQUE

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom de famille: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Appartement: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ État: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_ Pays: \_\_\_\_\_

Téléphone (requis): \_\_\_\_\_ Date de naissance (requis): \_\_\_\_\_

E-mail (requis): \_\_\_\_\_

Veillez suivre les étapes indiquées ci-après pour déposer une demande. Le dépôt d'un dossier de demande d'indemnisation est gratuit. Il n'est pas nécessaire de payer quiconque pour se faire aider pour remplir le formulaire de demande. Si vous avez des questions, vous pouvez contacter la Claims Conference à Francfort au +49 69 970 7010 ou à New York au + 1 646-536-9100.

**ÉTAPE 1:** Veuillez nous indiquer si vous recevez actuellement ou si vous avez reçu l'une des indemnisations ou autres prestations ci-après financées par la Claims Conference ou par le gouvernement allemand.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> BEG ou ZRBG (directement du gouvernement allemand)                            | <input type="checkbox"/> Fonds Article 2             |
| <input type="checkbox"/> Autres (Soins à domicile, prestations sociales, médicaments, nourriture etc.) | <input type="checkbox"/> Fonds Hardship              |
| <input type="checkbox"/> Fonds d'Europe Centrale et de l'Est (CEEf)                                    | <input type="checkbox"/> Fonds de L'Enfant Survivant |
|  | <input type="checkbox"/> Travaux forcés              |
|  | <input type="checkbox"/> Aucune                      |

**Si vous n'avez jamais déposé de dossier auprès de la Claims Conference pour un ou plusieurs des programmes ci-dessus, vous serez contacté par la Claims Conference et vous devrez soumettre des documents supplémentaires pour prouver la persécution.**

**ÉTAPE 2:** Veuillez lire attentivement ce qui suit et cocher la réponse appropriée.

- a. J'ai été persécuté/e en tant que juif/juive par le régime nazi ou leurs alliés à un moment quelconque entre Janvier 1933 et Mai 1945.

**COCHEZ UNE CASE:**     Oui  
                                   Non

- b. Je réponds aussi à l'un des critères suivants – **COCHEZ TOUT CE QUI S'APPLIQUE.**

- Je vis actuellement au Grand-Duché de Luxembourg.  
 J'ai vécu au Grand-Duché de Luxembourg à un moment quelconque entre Janvier 1933 et Mai 1945.

**ÉTAPE 3:** Information de paiement

Si votre demande est approuvée, votre paiement unique sera effectué par VIREMENT BANCAIRE sur le compte que vous spécifiez. Le paiement par chèque n'est pas possible. Les candidats doivent être vivants au moment du dépôt de leur demande. Si vous avez besoin d'aide avec vos informations bancaires, veuillez contacter votre banque. Vous devez être titulaire du compte bancaire. La banque ne devrait pas faire l'objet de sanctions imposées par les États-Unis ou l'UE. Le paiement sera effectué à partir d'un compte en Euros.

**SI POSSIBLE, VEUILLEZ JOINDRE UN CHÈQUE INVALIDE OU UN DOCUMENT SIGNÉ PAR VOTRE BANQUE AFIN DE CONFIRMER LES DETAILS.**

Name of Bank / Nom de la banque	
Address of Bank/ Adresse de la banque	

What type of account are you designating? / Quel type de compte designez-vous?

CHECKING/REGULAR --- COMPTE COURANT/COMPTE PRIVÉ       SAVINGS --- ÉPARGNE

Which currency can your account receive money in? / En quelle monnaie pouvez-vous recevoir le paiement sur votre compte?  
 EURO       US DOLLARS

**FOR BANKS IN USA / POUR BANQUES AUX ÉTATS-UNIS**

Account Number / Numéro de compte	ABA Routing Number for <b>WIRE TRANSFER (9-Digit)</b> / Numéro ABA Routing pour <b>VIREMENT BANCAIRE (9 chiffres)</b> _ _ _ _ _
-----------------------------------	---

**ALL OTHER COUNTRIES / TOUS LES AUTRES PAYS**

IBAN Number / Numéro IBAN	Code SWIFT/BIC
---------------------------	----------------

**You may need an INTERMEDIARY OR CORRESPONDENT BANK to accept wire transfers**

Name of Intermediary Bank / Nom de la banque intermédiaire	Account Number / Numéro de compte	Code SWIFT
---	-----------------------------------	------------

**Additional for Banks in Canada ONLY: / Supplémentaire pour banques au Canada UNIQUEMENT:**

Transit (Branch) Number (5-digit) /Numéro de transit (succursale) (5 chiffres) _ _ _ _ _	Institutional Number (Bank Code) (3-digit Bank Code) Numéro de l'institut (Code banque) (3 chiffres) _ _ _
--	--

**Additional for Banks in Australia ONLY: / Supplémentaire pour banques en Australie UNIQUEMENT:**

“BSB” Bank State Branch number (6-digits) (6 chiffres) / Code d'identification bancaire unique (6 chiffres) _ _ _ - _ _ _
--

**Additional for Banks in United Kingdom (UK) / Supplémentaire pour banques au Royaume Uni (UK) :**

Sort code (6-digits) / Code guichet (6 chiffres)    _ _ - _ _ - _ _
---

Nom du/de la requérant/e en caractères d'imprimerie: \_\_\_\_\_

Signature du/de la requérant/e: \_\_\_\_\_ Date: Jour:    Mois:    Année:

#### **ÉTAPE 4: Veuillez lire et signer ci-après:**

- Je déclare que toutes les affirmations susmentionnées et ci-jointes sont vraies. Je suis conscient(e) que faire sciemment des déclarations erronées entraînera le rejet de ma demande. Les décisions positives fondées sur de fausses informations seront annulées et je serai amené/e à rembourser la somme totale qui m'a été versée par la Claims Conference.
- Dans le cas où je suis obligé(e), conformément à cette déclaration ou autre, de rembourser à la Claims Conference les versements qu'elle a effectués en ma faveur, j'accepte par la présente de prendre également à ma charge le remboursement des frais ou dépenses engagés par la Claims Conference, afin d'obtenir le remboursement de ces versements.
- Je suis conscient(e) de n'avoir aucun droit légal pour recevoir une assistance. Sans déroger à ce qui est indiqué plus haut, et dans la mesure où la loi le permet, je renonce irrévocablement à toute action future ou déjà engagée à l'encontre de la Conference on Jewish Material Claims against Germany, liée à la présente demande ou au traitement de celle-ci.
- Je comprends que les critères d'éligibilité ont été déterminés par le Grand-Duché de Luxembourg.
- J'accepte sans conditions que l'État de New York, États-Unis, soit la Cour de juridiction exclusive pour ce programme.
- Je comprends et reconnais qu'uniquement le/la survivant/e de l'Holocauste lui-même ou elle-même est éligible à l'indemnisation, les paiements n'étant pas transférables.
- J'accepte que la Claims Conference puisse demander des documents et des informations supplémentaires pour traiter ma demande.

#### **CONSENTEMENT**

J'autorise les autorités, les tribunaux, les archives et les institutions en Allemagne et à l'étranger à permettre à la Claims Conférence d'accéder à mes dossiers d'indemnisation y inclus ceux basés sur le Bundesentschädigungsgesetz, les lois et les règlements relatifs à la Wiedergutmachung du Gouvernement Fédéral Allemand, ou les fonds de secours de la République fédérale d'Allemagne ou des États fédéraux pour les victimes de la persécution nationale-socialiste afin de fournir les informations nécessaires à l'étude et au traitement de ma demande. J'autorise la Fondation Luxembourgeoise pour la Mémoire de la Shoah de partager des informations et des documents à mon sujet.

Je comprends que ces documents et informations pourront aussi concerner les suivantes catégories de données personnelles, à savoir: nom, adresse, âge, date de naissance, sexe, éducation, profession, ou des données personnelles révélant les origines raciales ou ethniques, les opinions politiques ou idéologiques, les convictions religieuses ou l'appartenance syndicale et des données concernant l'état de santé.

Je comprends que les informations recueillies sur ce formulaire, me concernant, et concernant les autres personnes auxquelles il a été fait référence seront traitées conformément à la déclaration de confidentialité de la Claims Conference qui est accessible à partir du site internet suivant: <http://claimscon.org/about/privacy-policy>. Je confirme que j'ai fait part de cette déclaration aux Parties Tierces et leur permission a été obtenue, afin que la Claims Conference, ainsi que toute autre partie tierce énoncée dans la déclaration de confidentialité, puisse traiter leurs informations personnelles figurant sur ce formulaire.

Le traitement de ces données a pour but de traiter ma demande d'indemnisation en provenance du Fonds Luxembourg.

Je comprends que les informations personnelles traitées en relation avec cette demande peuvent être transférées aux bureaux de la Claims Conference, notamment, mais non exclusivement aux bureaux des États-Unis et d'Allemagne. J'accepte aussi que mes données personnelles soient mises à la disposition de la Fondation Luxembourgeoise pour la Mémoire de la Shoah et du Gouvernement Luxembourgeois pour les besoins de traitement de ma demande.

Les informations liées à mes origines raciales et ethniques, à mes convictions religieuses et ma santé sont considérées, en vertu de la loi Européenne sur la protection des informations, comme appartenant à une catégorie spéciale d'informations ("Données Personnelles Sensibles"). La Claims Conference exige mon consentement

explicite, conformément à la loi Européenne sur la protection des informations, afin de traiter mes Données Personnelles Sensibles.

En apposant ma signature ci-dessous, j'accepte expressément les conditions suivantes, afin de déterminer mon admissibilité à ce programme d'indemnisation et recevoir un paiement:

- Mes Données Personnelles Sensibles, si nécessaire, doivent être traitées par la Claims Conference pour déterminer mon admissibilité à l'indemnisation en provenance du Fonds Luxembourg.
- Mes Données Personnelles Sensibles, si nécessaire, doivent être partagées avec la Fondation Luxembourgeoise pour la Mémoire de la Shoah.
- Si nécessaire, mes informations personnelles, ainsi que mes Données Personnelles Sensibles recueillies sur ce formulaire seront transférées en dehors de la Zone Economique Européenne.

En outre, j'accepte que la Claims Conference puisse utiliser les données personnelles contenues dans le formulaire dans le but de me fournir de plus amples informations concernant les programmes d'indemnisation ou les prestations sociales disponibles pour les victimes du nazisme.

La Claims Conference reconnaît mes droits par rapport à mes informations personnelles, comme cela est indiqué dans la déclaration de confidentialité de la Claims Conference <http://claimscon.org/about/privacy-policy>.

Je comprends que j'ai le droit de retirer mon consentement à tout moment. Pour retirer mon consentement, exercer mes droits en vertu de la déclaration de confidentialité, ou déposer une plainte, je comprends que je dois contacter la Claims Conference sur le lien suivant: [privacy@claimscon.org](mailto:privacy@claimscon.org) ou écrire à l'adresse suivante:

PO Box 1215, New York, New York 10113. La révocation du consentement ne porte pas atteinte à la légalité du traitement qui a été effectué sur la base du consentement jusqu'à sa révocation. Si je retire mon consentement, je comprends que la Claims Conference ne sera pas en mesure de traiter ma demande ou de respecter ses obligations en matière de paiement.

**Nom du/de la requérant/e (en caractères d'imprimerie):** \_\_\_\_\_

**Signature du/de la requérant/e:** \_\_\_\_\_ **Date:** Jour:      Mois:      Année:

- Si un/e requérant/e est dans l'incapacité de signer ce formulaire de demande, un représentant légal peut signer à sa place. Le représentant légal devra soumettre avec ce formulaire la photocopie d'une procuration ou de tout autre document attestant de la tutelle légale et la photocopie de la pièce d'identité du représentant légal, délivrée par le gouvernement.

Signature du représentant légal (requis uniquement si le/la requérant/e est dans l'incapacité de signer):

\_\_\_\_\_ **Date:** Jour:      Mois:      Année:

**Nom du représentant légal (en caractères d'imprimerie):** \_\_\_\_\_

**ÉTAPE 5:** Veuillez vous assurer que les étapes 1-4 sont complétées et que la demande est signée. Veuillez ensuite envoyer le formulaire à l'une des adresses ci-dessous. Les demandes complétées doivent être reçues à l'une des adresses ci-dessous au plus tard le **15 Octobre 2021**.

**Les demandes reçues après cette date butoir ne seront en aucun cas traitées.**

**CLAIMS CONFERENCE / Luxembourg Fund**  
PO Box 1215  
New York, New York 10113  
United States

**CLAIMS CONFERENCE / Luxembourg Fund**  
Postfach 90 05 43  
60445 Frankfurt am Main  
Deutschland

Dieser Antrag ist auch in deutscher Sprache auf unserer Website [www.claimscon.org](http://www.claimscon.org) verfügbar

This application is also available in English on our website [www.claimscon.org](http://www.claimscon.org)

