

# ANTRAGSFORMULAR

Bei einem Antrag für Programme der Claims Conference fallen keine Gebühren an. Sie müssen niemanden für dieses Antragsformular oder für die Unterstützung beim Ausfüllen bezahlen. Wenn Sie Unterstützung beim Ausfüllen dieses Formulars benötigen, können Sie sich an die Claims Conference oder an eine örtliche jüdische Sozialeinrichtung wenden. Bei diesen Einrichtungen erhalten Sie kostenlose Unterstützung. **Bitte füllen Sie dieses Formular auf Deutsch aus, und benutzen Sie dunkelblaue oder schwarze Tinte. Dieses Formular ist auch auf Englisch, Französisch, Hebräisch und Russisch verfügbar.** Besuchen Sie bitte unsere Internetseite, [www.claimscon.org](http://www.claimscon.org), um diese alternativen Formulare herunterzuladen. Stellen Sie sicher, dass alle Felder ausgefüllt sind. Wenn Sie nicht über die erforderlichen Informationen verfügen, kennzeichnen Sie das betreffende Feld als "unbekannt". Wenn eine Frage nicht auf Sie zutrifft, kennzeichnen Sie das betreffende Feld als "nicht zutreffend" (n. z.). Auf diese Weise unterstützen Sie uns bei der schnellen Bearbeitung Ihres Antrags. Sollten Sie für einen der Abschnitte zusätzlichen Platz benötigen, fügen Sie bitte ein separates Blatt für Ihre Antwort bei. Dieses Formular muss bei einer Beglaubigungsstelle unterschrieben werden (siehe Seite 8 für weitere Einzelheiten). Achten Sie bitte nach dem Ausfüllen des Formulars darauf, dass Sie uns das **Original** per Post zuschicken und nicht eine Fotokopie. Vielen Dank.

## ABSCHNITT 1 | Stellen Sie einen Antrag für ein spezielles Entschädigungsprogramm?

Um mehr über unsere verschiedenen Entschädigungsprogramme zu erfahren, besuchen Sie bitte unsere Internetseite, [www.claimscon.org](http://www.claimscon.org). Sollte die Claims Conference feststellen, dass Sie für eine weitere Entschädigung berechtigt sein könnten, werden wir Sie automatisch für den zutreffenden Fonds registrieren.

**Wenn Sie wissen, für welchen Fonds Sie einen Antrag stellen möchten, kreuzen Sie bitte das entsprechende Kästchen unten an.**

- Hardship Fund   
  Renten-Fonds (Artikel 2/Mittel- und Osteuropafonds)   
  Child Survivor Fund  
 Ich weiß es nicht. Ich möchte, dass die Claims Conference das zutreffende Entschädigungsprogramm ermittelt.

**Die Entschädigungsprogramme der Claims Conference beschränken sich auf jüdische Opfer des Nationalsozialismus, die als Juden verfolgt wurden.** Sind Sie jüdischer Abstammung oder Religion?  Ja  Nein

## ABSCHNITT 2 | Persönliche Informationen

**Wie lautet Ihr aktueller Name?**

|              |         |           |
|--------------|---------|-----------|
| Familienname | Vorname | Vatername |
|              |         |           |

**Haben Sie jemals einen anderen Namen verwendet, einschließlich des Geburtsnamens?**

Bitte fügen Sie alle Dokumente bei, die eine Namensänderung nachweisen wie z. B. eine Heiratsurkunde oder ein anderes Namensänderungsdokument.

|              |         |           |
|--------------|---------|-----------|
| Familienname | Vorname | Vatername |
|              |         |           |

|              |         |           |
|--------------|---------|-----------|
| Familienname | Vorname | Vatername |
|              |         |           |

**Geschlecht**  Männlich  Weiblich

**Wie lautet Ihr offizielles Geburtsdatum?**

|     |       |      |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|     |       |      |

**Haben Sie jemals ein anderes Geburtsdatum verwendet?**

|     |       |      |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|     |       |      |

**Wo wurden Sie geboren?**

|            |               |             |
|------------|---------------|-------------|
| Geburtsort | Geburtsregion | Geburtsland |
|            |               |             |

**Wo wohnen Sie jetzt?**

|        |         |           |     |
|--------|---------|-----------|-----|
| Straße | Gebäude | Apartment | Ort |
|        |         |           |     |

|                   |      |              |
|-------------------|------|--------------|
| Region/Bundesland | Land | Postleitzahl |
|                   |      |              |

|         |        |
|---------|--------|
| Telefon | E-Mail |
|         |        |

**In welcher Sprache möchten Sie korrespondieren?**

Englisch     Hebräisch     Französisch     Russisch     Deutsch     Ungarisch

**Wir können Einzelheiten Ihres Antrags nur mit Ihnen oder mit jemandem besprechen, den Sie uns nennen. Gibt es jemanden, mit dem wir hinsichtlich Ihres Antrags sprechen oder dem wir schreiben dürften?**

|              |         |                             |
|--------------|---------|-----------------------------|
| Familienname | Vorname | Beziehung zum Antragsteller |
|--------------|---------|-----------------------------|

Adresse

---

|         |        |
|---------|--------|
| Telefon | E-Mail |
|---------|--------|

**Wo haben Sie seit dem Kriegsende gewohnt?**

Bitte führen Sie alle Länder, in denen sie wohnten, vom Kriegsende bis heute auf.

| Land (sofern Deutschland, mit Ort und Bundesland) | Von Jahr | Bis Jahr |
|---|----------|----------|
|   |          |          |
|   |          |          |
|   |          |          |

**Welche Staatsbürgerschaft besitzen Sie derzeit?**

| Land | Datum der Einwanderung (TT/MM/JJJJ) | Datum des Erwerbs der Staatsbürgerschaft (TT/MM/JJJJ) |
|------|-------------------------------------|---|
|      |                                     |   |

**Sofern zutreffend, geben Sie bitte Ihre vorherige Staatsangehörigkeit an oder die Zeiträume, in denen Sie staatenlos waren.**

| Land (einschließlich der Zeiträume, in denen Sie staatenlos waren) | Von Jahr | Bis Jahr |
|--|----------|----------|
|  |          |          |

# ABSCHNITT 3 | Ihre Erlebnisse während des Kriegs

Dieser Abschnitt hat ZWEI TEILE. Teil A gibt die Rahmeninformationen (Daten, Orte und Namen) Ihrer Erfahrungen wieder. In Teil B bitten wir Sie um eine detaillierte Beschreibung Ihrer Geschichte. **Sofern Ihre Mutter während der Verfolgung mit Ihnen schwanger war, beantworten Sie die folgenden Fragen bitte aus der Perspektive Ihrer Mutter.**

## TEIL A: ZEITRAHMEN IHRER VERFOLGUNG UND INFORMATIONEN

Bitte nutzen Sie die Tabelle, um Ihre Erlebnisse kurz chronologisch zu skizzieren. In Teil B werden Sie detailliertere Angaben machen können. Sollten Sie zusätzlichen Platz benötigen, fügen Sie bitte für Ihre Antwort ein separates Blatt bei. Bitte beziehen Sie sich bei der Beschreibung Ihrer Verfolgung auf die folgenden Definitionen.

**Lager:** Sie waren in einem Konzentrations- oder Arbeitslager oder in einem Zwangsarbeiterbataillon.

**Ghetto:** Sie mussten im Ghetto leben.

**Versteck:** Sie lebten unter unmenschlichen Bedingungen im Versteck, ohne Zugang zur Außenwelt.

**Leben in der Illegalität/unter falscher Identität:**

Sie mussten im Untergrund leben, weil Sie keine Ausweispapiere hatten oder Sie nicht bei den Behörden gemeldet waren. Oder Sie lebten dauerhaft unter einer falschen, nicht-jüdischen Identität, benutzten einen Decknamen und/oder gefälschte Papiere.

**Flucht:** Sie flohen wegen drohender Gefahr durch die Nazis von ihrem Wohnort.

**Ausgangssperre:** Sie durften Ihr Haus nur zu bestimmten Tageszeiten verlassen.

**Zwangswohnsitz/Umsiedlung:** Sie mussten in einem bestimmten Teil der Stadt leben oder ihr Haus verlassen und an einem anderen Ort leben.

**Gelber Stern:** Sie mussten ein Identifikationsmerkmal wie den gelben Stern tragen.

**Andere Art der Verfolgung:** Bitte machen Sie in der unten stehenden Tabelle genauere Angaben.

### Wo haben Sie vor dem Krieg gewohnt?

| Ort | Region | Land |
|-----|--------|------|
|-----|--------|------|

|   |   |           |           |
|---|---|-----------|-----------|
| 1 | Art der Verfolgung <i>(beziehen Sie sich auf die oben genannten Definitionen)</i> | Datum von | Datum bis |
|---|---|-----------|-----------|

Wo wurden Sie verfolgt?

|   |   |           |           |
|---|---|-----------|-----------|
| 2 | Art der Verfolgung <i>(beziehen Sie sich auf die oben genannten Definitionen)</i> | Datum von | Datum bis |
|---|---|-----------|-----------|

Wo wurden Sie verfolgt?

|   |   |           |           |
|---|---|-----------|-----------|
| 3 | Art der Verfolgung <i>(beziehen Sie sich auf die oben genannten Definitionen)</i> | Datum von | Datum bis |
|---|---|-----------|-----------|

Wo wurden Sie verfolgt?

|   |   |           |           |
|---|---|-----------|-----------|
| 4 | Art der Verfolgung <i>(beziehen Sie sich auf die oben genannten Definitionen)</i> | Datum von | Datum bis |
|---|---|-----------|-----------|

Wo wurden Sie verfolgt?

|   |   |           |           |
|---|---|-----------|-----------|
| 5 | Art der Verfolgung <i>(beziehen Sie sich auf die oben genannten Definitionen)</i> | Datum von | Datum bis |
|---|---|-----------|-----------|

Wo wurden Sie verfolgt?

### Wo befanden Sie sich zum Zeitpunkt der Befreiung?

| Ort | Region | Land |
|-----|--------|------|
|-----|--------|------|



## ABSCHNITT 4 | Familiengeschichte

### MUTTER

|              |         |           |
|--------------|---------|-----------|
| Familienname | Vorname | Vatername |
|--------------|---------|-----------|

#### Benutzte Ihre Mutter auch andere Namen, einschließlich des Mädchennamens?

|              |         |           |
|--------------|---------|-----------|
| Familienname | Vorname | Vatername |
|--------------|---------|-----------|

|              |         |           |
|--------------|---------|-----------|
| Familienname | Vorname | Vatername |
|--------------|---------|-----------|

#### Wo wurde Ihre Mutter geboren?

|            |               |             |
|------------|---------------|-------------|
| Geburtsort | Geburtsregion | Geburtsland |
|------------|---------------|-------------|

#### Wie lautet das offizielle Geburtsdatum Ihrer Mutter? Hat Ihre Mutter jemals ein anderes Geburtsdatum verwendet?

|     |       |      |     |       |      |
|-----|-------|------|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr | Tag | Monat | Jahr |
|-----|-------|------|-----|-------|------|

#### Sofern Ihre Mutter bereits verstorben ist, geben Sie bitte ihr Sterbedatum und den Sterbeort an.

|                 |     |       |      |
|-----------------|-----|-------|------|
| Ort/Region/Land | Tag | Monat | Jahr |
|-----------------|-----|-------|------|

Wurden Sie zusammen mit Ihrer Mutter verfolgt?  Ja  Nein

Waren Sie während der Verfolgung die ganze Zeit zusammen?  Ja  Nein

Falls nicht, wo war Ihre Mutter? \_\_\_\_\_

### VATER

|              |         |           |
|--------------|---------|-----------|
| Familienname | Vorname | Vatername |
|--------------|---------|-----------|

#### Trug Ihr Vater auch andere Namen?

|              |         |           |
|--------------|---------|-----------|
| Familienname | Vorname | Vatername |
|--------------|---------|-----------|

#### Wo wurde Ihr Vater geboren?

|            |               |             |
|------------|---------------|-------------|
| Geburtsort | Geburtsregion | Geburtsland |
|------------|---------------|-------------|

#### Wie lautet das offizielle Geburtsdatum Ihres Vaters? Hat Ihr Vater jemals ein anderes Geburtsdatum verwendet?

|     |       |      |     |       |      |
|-----|-------|------|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr | Tag | Monat | Jahr |
|-----|-------|------|-----|-------|------|

#### Sofern Ihr Vater bereits verstorben ist, geben Sie bitte sein Sterbedatum und den Sterbeort an.

|                 |     |       |      |
|-----------------|-----|-------|------|
| Ort/Region/Land | Tag | Monat | Jahr |
|-----------------|-----|-------|------|

Wurden Sie zusammen mit Ihrem Vater verfolgt?  Ja  Nein

Waren Sie während der Verfolgung die ganze Zeit zusammen?  Ja  Nein

Falls nicht, wo war Ihr Vater? \_\_\_\_\_

## GESCHWISTER

Bitte erstellen Sie zusätzliche Kopien dieser Seite, sollten Sie noch mehr Geschwister haben.

|          |              |         |           |
|----------|--------------|---------|-----------|
| <b>1</b> | Familienname | Vorname | Vatername |
|----------|--------------|---------|-----------|

**Benutzte Ihr Bruder/Ihre Schwester jemals einen anderen Namen, einschließlich des Geburtsnamens?**

|              |         |           |
|--------------|---------|-----------|
| Familienname | Vorname | Vatername |
|--------------|---------|-----------|

|              |         |           |
|--------------|---------|-----------|
| Familienname | Vorname | Vatername |
|--------------|---------|-----------|

**Wo und wann wurde Ihr Bruder/Ihre Schwester geboren?**

|                   |     |       |      |
|-------------------|-----|-------|------|
| Stadt/Region/Land | Tag | Monat | Jahr |
|-------------------|-----|-------|------|

**Falls Ihr Bruder/Ihre Schwester verstorben ist, geben Sie bitte sein/ihr Sterbedatum und den Sterbeort an.**

|                   |     |       |      |
|-------------------|-----|-------|------|
| Stadt/Region/Land | Tag | Monat | Jahr |
|-------------------|-----|-------|------|

**Wurden Sie zusammen mit Ihrem Bruder/Ihrer Schwester verfolgt?**  Ja  Nein

**Waren Sie während der Verfolgung die ganze Zeit zusammen?**  Ja  Nein

**Falls nicht, wo war Ihr Bruder/Ihre Schwester?** \_\_\_\_\_

|          |              |         |           |
|----------|--------------|---------|-----------|
| <b>2</b> | Familienname | Vorname | Vatername |
|----------|--------------|---------|-----------|

**Benutzte Ihr Bruder/Ihre Schwester jemals einen anderen Namen, einschließlich des Geburtsnamens?**

|              |         |           |
|--------------|---------|-----------|
| Familienname | Vorname | Vatername |
|--------------|---------|-----------|

|              |         |           |
|--------------|---------|-----------|
| Familienname | Vorname | Vatername |
|--------------|---------|-----------|

**Wo und wann wurde Ihr Bruder/Ihre Schwester geboren?**

|                   |     |       |      |
|-------------------|-----|-------|------|
| Stadt/Region/Land | Tag | Monat | Jahr |
|-------------------|-----|-------|------|

**Falls Ihr Bruder/Ihre Schwester verstorben ist, geben Sie bitte sein/ihr Sterbedatum und den Sterbeort an.**

|                   |     |       |      |
|-------------------|-----|-------|------|
| Stadt/Region/Land | Tag | Monat | Jahr |
|-------------------|-----|-------|------|

**Wurden Sie zusammen mit Ihrem Bruder/Ihrer Schwester verfolgt?**  Ja  Nein

**Waren Sie während der Verfolgung die ganze Zeit zusammen?**  Ja  Nein

**Falls nicht, wo war Ihr Bruder/Ihre Schwester?** \_\_\_\_\_

## ABSCHNITT 5 | Vorherige Entschädigungen

Haben Sie jemals einen Antrag auf Entschädigung für Ihre Verfolgung gestellt?  Ja  Nein

Falls ja, stellen Sie bitte eine Liste aller Entschädigungsprogramme zusammen, für die Sie einen Antrag gestellt haben. Wenn Sie Entschädigung erhalten/erhalten haben, fügen Sie bitte Nachweise der Zahlung(en) bei.

|   |                     |      |
|---|---------------------|------|
| <b>1</b>  | Fonds oder Programm | Land |
| Welche Art von Zahlung? <input type="checkbox"/> Einmalzahlung <input type="checkbox"/> Rente |                     |      |
| <b>2</b>  | Fonds oder Programm | Land |
| Welche Art von Zahlung? <input type="checkbox"/> Einmalzahlung <input type="checkbox"/> Rente |                     |      |
| <b>3</b>  | Fonds oder Programm | Land |
| Welche Art von Zahlung? <input type="checkbox"/> Einmalzahlung <input type="checkbox"/> Rente |                     |      |

## ABSCHNITT 6 | Einkommen und Vermögen

Der Artikel 2 Fonds ist abhängig von Einkommens- und Vermögenshöchstgrenzen, die von der deutschen Regierung festgelegt wurden. Die nachfolgende Tabelle enthält die aktuellen Höchstgrenzen für Einkommen und Vermögen zu diesem Fonds. Die Höchstgrenzen je Währung werden von der deutschen Regierung gemäß eines speziellen Wechselkursverfahrens festgelegt. Bitte wenden Sie sich an uns bei hier nicht aufgeführten Währungen, oder besuchen Sie unsere Internetseite unter [www.claimscon.org](http://www.claimscon.org).

| WÄHRUNG                   | JÄHRLICHE EINKOMMENSRENZE | VERMÖGENSGRENZE |
|---------------------------|---------------------------|-----------------|
| US Dollar — USD           | \$49,850                  | \$997,020       |
| Euro — EUR                | €45,000                   | €900,000        |
| Israelische Shekel — ILS  | ₪173,200                  | ₪3,464,150      |
| Australische Dollar — AUD | \$72,870                  | \$1,457,460     |
| Kanadische Dollar — CAD   | \$66,300                  | \$1,326,090     |

### WICHTIG

**DAS EINKOMMEN IST DEFINIERT ALS NETTOEINKOMMEN NACH STEUERN.**

**FOLGENDES WIRD NICHT ALS EINKOMMEN ANGERECHNET:**

- Staatliche Renten
- Pensionszahlungen (401(k))
- Unternehmens- oder Beschäftigungsrenten
- Zahlungen aufgrund von Behinderung oder Zahlungen aus Lebensversicherungen

Das Vermögen umfasst nicht Ihren Hauptwohnsitz. Vermögen beinhaltet u.a. Bargeld bei der Bank, Wertpapiere, und darüber hinaus jegliches von Ihnen besessene Eigentum oder den bereits eingezahlten Geldwert einer Lebensversicherungs-Police. Nur "Nettovermögenswerte" sind relevant, d.h. Sie sollten vom Wert des Eigentums jegliche Schulden, Hypotheken oder die jährliche Steuer auf oder in Bezug auf das Eigentum abziehen. Wenn ein Vermögenswert gemeinsam besessen wird, ist nur der Wert Ihres Besitzanteils relevant. Wenn zum Beispiel ein Vermögenswert von Ihnen und Ihrem Ehepartner gemeinsam besessen wird, geben Sie nur die Hälfte des Wertes als Ihren Besitzanteil an.

**Diesen Abschnitt müssen Sie nur ausfüllen, wenn Sie wollen, dass Ihr Antrag für den Artikel 2 Fonds berücksichtigt wird.**

**Ja, ich bestätige, dass mein Vermögen und mein Jahreseinkommen unterhalb der Höchstgrenze liegen.**





## ABSCHNITT 8 | Erklärung, Einwilligung, Unterschrift und Beglaubigung

- Ich erkläre, dass alle zuvor gemachten Angaben sowie die Aussagen in der Anlage der Wahrheit entsprechen.
- Mir ist bekannt, dass wissentlich getätigte falsche Angaben zu einer Ablehnung meines Antrags führen. Ein positiver Entscheid aufgrund falscher Angaben wird widerrufen und ich werde die an mich geleisteten Zahlungen in voller Höhe zurückerstatten.
- Sollte ich aufgrund dieser Erklärung oder aus einem anderen Grund verpflichtet sein, Zahlungen an die Claims Conference zurückzuerstatten, stimme ich hiermit zu, die Claims Conference auch für alle Kosten und Auslagen zu entschädigen, die für die Rückzahlung der Leistung angefallen sind.
- Ich verstehe und erkläre mich damit einverstanden, dass die Berechtigungskriterien ausschließlich auf dem Recht der Bundesrepublik Deutschland basieren. Ich stimme hiermit vorbehaltlos dem Gerichtsstand Frankfurt am Main in Deutschland zu. Ich stimme außerdem zu, dass alle Streitigkeiten nach dem Recht der Bundesrepublik Deutschland beigelegt werden.
- Mir ist bekannt, dass ich keinen Rechtsanspruch auf Unterstützung habe. Ohne die obenstehenden Vereinbarungen einzuschränken verzichte ich hiermit unwiderruflich - sofern rechtlich zulässig - auf alle bisherigen oder zukünftigen Ansprüche gegenüber der Conference on Jewish Material Claims against Germany sofern diese in direkter Verbindung mit diesem Antrag und seiner Bearbeitung stehen.
- Ich autorisiere die Claims Conference hiermit, alle Dokumente in Bezug auf meine Person (Antragsteller/in) sowie meine Geschwister und Eltern, die eventuell schon verstorben sind, bei Archiven, z.B. der deutschen Bundesentschädigungsbehörde oder anderen Behörden, einzusehen oder von diesen anzufordern.
- Ich stimme zu, dass die Claims Conference zur Bearbeitung meines Antrags weitere Informationen und Dokumente anfordern kann.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Claims Conference in meinem Namen weitere meinem Antrag entsprechende Entschädigungsprogramme auswählt.

### EINWILLIGUNG

Hiermit autorisiere ich Behörden, Gerichte, Archive und Institutionen in Deutschland, in Israel (wie z.B. die Behörde für Rechte der Holocaustüberlebenden und andere Regierungsministerien in Israel) und im Ausland, der Claims Conference Zugang zu meinen Daten (einschließlich, aber nicht beschränkt auf solche, die Auskunft darüber geben, welche Rente ich beziehe), zu Dokumentations- und Entschädigungsunterlagen einschließlich solcher, die das Bundesentschädigungsgesetz, Gesetze und Regelungen zur Wiedergutmachung der deutschen Bundesländer, oder Härtefallregelungen der deutschen Bundesregierung oder der Länder für Opfer nationalsozialistischer Verfolgung zur Grundlage haben, zu gewähren und Informationen zur Verfügung zu stellen, die notwendig dazu sind, meinen Antrag zu überprüfen und zu bearbeiten.

Mir ist bewusst, dass diese Dokumente und Informationen personenbezogene Daten wie Name, Adresse, Alter, Geburtsdatum, Geschlecht, Ausbildung, Beruf, Rasse und ethnische Herkunft, politische oder ideologische Ansichten, religiöse Überzeugungen oder gewerkschaftliche Zugehörigkeit und Gesundheit enthalten können.

Ich verstehe, dass über mich in diesem Formular erhobene Daten sowie die Daten anderer Personen, auf die in diesem Formular Bezug genommen wird, einschließlich meiner Familie, meines Vormunds oder meines Arztes („Dritte“), gemäß der Datenschutzerklärung der Claims Conference verarbeitet werden, die unter <http://www.claimscon.org/about/privacy-policy> eingesehen werden kann. Ich bestätige, dass ich diese Dritten auf diese Mitteilung aufmerksam gemacht habe und dass ich ihre Erlaubnis zur Verarbeitung ihrer in diesem Antragsformular gemachten personenbezogenen Daten durch die Claims Conference und alle in der Mitteilung genannten Dritten habe.

Die Weiterverarbeitung dieser Daten dient dazu, meinen Antrag auf Entschädigung im Rahmen eines oder mehrerer Entschädigungsfonds der Claims Conference zu bearbeiten, welche den Artikel 2 Fonds, den Central Eastern European Fund, den Child Survivor Fund, den Kindertransport Fonds und den Hardship Fonds umfassen.

Ich verstehe, dass die Claims Conference Daten in Verbindung mit diesem Antrag an beliebige Niederlassungen der Claims Conference weiterleiten darf, darunter unter anderem in die USA, nach Deutschland und Israel. Ich stimme außerdem zu, dass meine personenbezogenen Daten dem Bundesfinanzministerium und dem Bundesrechnungshof ausschließlich zum Zwecke der Überprüfung und des Audits im Rahmen der Datenschutzbestimmungen der Bundesrepublik Deutschland zur Verfügung gestellt werden können.

Daten über meine ethnische und rassistische Herkunft, politischen oder ideologischen Ansichten, religiösen Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit sowie meine Gesundheit gelten nach europäischem Datenschutzrecht als Daten einer besonderen Kategorie („besonders schützenswerte personenbezogene Daten“). Für die Verarbeitung besonders schützenswerter personenbezogener Daten benötigen wir nach dem europäischen Datenschutzrecht Ihre ausdrückliche Zustimmung.

Mit meiner nachstehenden Unterschrift akzeptiere ich hiermit ausdrücklich, dass zur Feststellung meiner Berechtigung zur Teilnahme am Entschädigungsprogramm und zum Erhalt von Zahlungen:

- Meine besonders schützenswerten personenbezogenen Daten von der Claims Conference zur Feststellung meiner Leistungsberechtigung aus oben spezifizierten Entschädigungsprogrammen der Claims Conference verarbeitet werden dürfen.
- Meine besonders schützenswerten personenbezogenen Daten vom Bundesfinanzministerium/Bundesrechnungshof eingesehen werden können.
- Meine auf diesem Formular erhobenen personenbezogenen Daten sowie meine besonders schützenswerten personenbezogenen Daten bei Bedarf außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums übermittelt werden.

Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, dass die Claims Conference die in diesem Antrag enthaltenen personenbezogenen Daten verwenden darf, um mir weitere Informationen zu Nazi-Opfern zur Verfügung stehenden Entschädigungsprogrammen oder Sozialleistungen zu übermitteln.

Die Claims Conference erkennt meine Rechte in Bezug auf meine personenbezogenen Daten an, wie in der Datenschutzerklärung der Claims Conference unter <http://www.claimscon.org/about/privacy-policy> beschrieben.

Mir ist bewusst, dass ich das Recht habe, meine Zustimmung jederzeit zurückzuziehen. Um meine Einwilligung zu widerrufen, meine Rechte im Rahmen der Datenschutzerklärung auszuüben oder etwaige Beschwerden einzureichen, verstehe ich, dass ich mich an die Claims Conference unter [privacy@claimscon.org](mailto:privacy@claimscon.org) oder PO Box 1215, New York, New York 10113 (USA) wenden muss. Der Widerruf meiner Einwilligung hat keinen Einfluss auf die Rechtmäßigkeit der auf Grundlage der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Bearbeitung. Wenn ich meine Einwilligung widerrufe, ist mir bewusst, dass die Claims Conference möglicherweise meinen Antrag nicht bearbeiten oder ihren Zahlungsverpflichtungen nicht nachkommen kann.

**DIESES FORMULAR MUSS IN GEGENWART DES BEGLAUBIGENDEN  
UNTERSCHRIEBEN WERDEN, um korrekt beglaubigt zu sein, und zwar bei einem deutschen  
Konsulat, einer Bank, einem Notar, einer jüdischen Sozialeinrichtung, die über ein Siegel verfügt,  
einem Rathaus (in Europa) oder einem Regierungsbüro des Staates Israel.**

**Ich bestätige, dass der Antragsteller/die Antragstellerin, oder sein/ihr bevollmächtigter Vertreter, heute vor mir erschien und seine/ihre Identität nachwies durch:**

- Reisepass
- Sonstiges Identität nachweisendes Dokument (bitte aufführen) \_\_\_\_\_

*In diesem Antrag muss eine beglaubigte Kopie des als Identitätsnachweis verwendeten Ausweises enthalten sein.*

|                                 |     |       |      |
|---------------------------------|-----|-------|------|
| Unterschrift des Antragstellers | Tag | Monat | Jahr |
| _____                           |     |       |      |

*Ist ein Antragsteller nicht in der Lage, dieses Antragsformular zu unterzeichnen, kann der Antrag auch von einem Vertreter im Namen des Antragstellers unterzeichnet werden. Siehe Hinweise auf Seite 8 bezüglich der erforderlichen Zusatzdokumente für Bevollmächtigte.*

|                             |     |       |      |
|-----------------------------|-----|-------|------|
| Unterschrift des Vertreters | Tag | Monat | Jahr |
| _____                       |     |       |      |

|                                |       |              |     |       |      |
|--------------------------------|-------|--------------|-----|-------|------|
| Name der beglaubigenden Person | Titel | Organisation | Tag | Monat | Jahr |
| _____                          |       |              |     |       |      |

Unterschrift und Stempel der beglaubigenden Person

**NICHT UNTERSCHRIEBENE UND/ODER NICHT KORREKT BEGLAUBIGTE ANTRÄGE WERDEN NICHT BEARBEITET.**



## HABEN SIE FOLGENDES BEACHTET...

---

- Haben Sie alle Abschnitte des Antrags ausgefüllt?
- Wurde der Antrag unterschrieben, mit Datum versehen und gemäß den Anweisungen beglaubigt in Gegenwart eines Beglaubigenden bei einem deutschen Konsulat, einer Bank, einem Notar, einer jüdischen Sozialeinrichtung, die über ein Siegel verfügt, oder einem Regierungsbüro des Staates Israel?
- Wurde ein amtlicher Identitätsnachweis mit Foto beigelegt (das gleiche Dokument, das im Abschnitt zum Identitätsnachweis und im Beglaubigungsabschnitt aufgeführt wurde)?
- Wurden Fotokopien aller sonstigen erforderlichen Dokumente beigelegt?
  - Geburtsurkunde
  - Dokumente, die einen Bezug zwischen Ihrem Geburtsnamen zu Ihrem aktuellen Namen herstellen (sofern Sie angegeben haben, dass sich Ihr Name geändert hat). Hierzu zählen beispielsweise eine Heiratsurkunde oder ein anderes Dokument zur Namensänderung
  - Dokumente, die Ihre jüdische Abstammung belegen
  - Sonstige Dokumente in Ihrem Besitz, die Ihren Antrag untermauern können
  - Sofern vorhanden, Unterlagen zu sämtlichen sonstigen Entschädigungszahlungen
  - Sozialversicherungskarte, sofern Sie ein Bürger der USA sind
  - Nachweis der Vertretungsvollmacht (sofern Sie diesen Antrag im Namen eines Antragstellers ausfüllen)
- Bevor Sie uns das Original per Post zuschicken, kopieren Sie den gesamten Antrag und alle Anlagen für Ihre Unterlagen

## VERSANDHINWEISE

---

Das ausgefüllte, unterschriebene und beglaubigte **Original** des Antragsformulars soll zusammen mit den Fotokopien der erforderlichen Dokumente an eine der folgenden Adressen geschickt werden. Bitte übersenden Sie uns keine Faxe, E-Mails oder Fotokopien Ihres Antragsformulars.

Für Bewohner der ehemaligen Sowjetunion,  
von Westeuropa und Nordafrika:

CLAIMS CONFERENCE  
Postfach 90 05 43  
60445 Frankfurt am Main  
ГЕРМАНИЯ/DEUTSCHLAND

Für Bewohner aus Nordamerika, Südamerika,  
Australien und dem Rest der Welt:

CLAIMS CONFERENCE  
P.O. BOX 1215  
New York, NY 10113  
UNITED STATES OF AMERICA

Für Bewohner Israels und Osteuropas:

CLAIMS CONFERENCE  
P.O. BOX 29254  
6129201 TEL AVIV  
ISRAEL

## WAS PASSIERT DANN?

---

Wir werden Ihren Antrag an Hand der übermittelten Informationen überprüfen. Dies wird einige Zeit in Anspruch nehmen und wir danken Ihnen im Voraus für Ihre Geduld. Sobald die Claims Conference Ihren Antrag erhält, werden wir Ihnen eine Eingangsbestätigung zusenden. Sollten Sie innerhalb von drei Monaten diesen Brief nicht erhalten haben, schreiben Sie uns bitte an eine der oben stehenden Adressen.