

FORMULAIRE DE DEMANDE POUR LE FONDS DE L'ÉPOUX/SE DU SURVIVANT DE L'HOLOCAUSTE

Ce formulaire concerne uniquement l'époux/l'épouse (en vie à ce jour) de la personne juive ayant été victime du régime nazi, qui est maintenant décédée et qui percevait en raison de sa persécution la pension en provenance de l'Article 2, RSP ou du CEEF. Veuillez remplir ce formulaire en LETTRES MAJUSCULES. Une fois le formulaire rempli, assurez-vous de nous faire parvenir l'**original** et non une photocopie. Merci.

SECTION 1 – Informations personnelles

Nom de famille :		Prénom :	Nom de jeune fille :
Nom de la rue, Appartement :		Ville :	
Région/Etat/Province :	Pays :	Code postal :	
Quelle est votre adresse Email ?		Quel est votre numéro de téléphone ?	

Quelle est votre date de naissance ?			Sexe?	
Jour	Mois	Année	☐ Masculin	☐ Féminin

☐ Je confirme avoir été légalement marié/e avec (prénom/nom de famille) _____

à la date de son décès le (veuillez indiquer la date de son décès) :

Jour : _____ Mois : _____ Année : _____

Veuillez indiquer le numéro du dossier Claims Conference de la personne décédée _____.

Si vous ne le connaissez pas, veuillez indiquer sa date de naissance : Jour : _____ Mois : _____

Année : _____

Ce n'est qu'avec vous ou une personne que vous indiquerez que nous pourrions discuter des détails de votre demande. Y-a-t-il une personne à laquelle vous désiriez permettre que nous parlions ou que nous écrivions ?

Nom de famille :		Prénom :	Relation au/à la requérant/e :
Nom de la rue, Appartement :		Ville :	
Région/Etat/Province :	Code postal :	Pays :	
Telephone:		Email:	

SECTION 2 | Informations bancaires

Veuillez noter que nous ne pouvons effectuer de paiements que sur un compte bancaire à votre nom.

Quel est le nom de votre banque ?

Quelle est l'adresse de votre banque ?

Quelle est votre IBAN ou votre numéro de compte ?

Quelle est votre SWIFT /code BIC ?

Uniquement pour le **Canada** : Quel est le numéro de votre banque ?

Uniquement pour le **Canada** : Quel est votre code transit ?

SECTION 3 | Documents requis

Veuillez joindre des photocopies des documents suivants :

- ☐ Une photocopie de l'acte de décès de «FirstName» «LastName»
- ☐ Une photocopie de votre carte d'identité
- ☐ **Uniquement pour les personnes résidant actuellement aux Etats Unis** : Veuillez nous faire parvenir une photocopie de votre carte de sécurité sociale (SSC)
- ☐ Une photocopie de tout document montrant la preuve de votre mariage avec «prénom» «nom de famille». Si votre nom n'est plus le même que celui qui est inscrit sur ce document officiel, veuillez également inclure un document officiel qui enregistre ce changement de nom.

Représentants légaux / Tuteurs

Si le requérant/la requérante est dans l'incapacité de signer ce formulaire, un représentant légal peut signer en son nom. En plus des documents obligatoires indiqués ci-dessus, le représentant légal devra fournir TOUS LES documents suivants :

- Photocopie d'une procuration ou tout autre document indiquant la tutelle légale
- Photocopie de la carte d'identité du représentant légal
- Un formulaire à remplir par le médecin qui peut être téléchargé sur notre site internet www.claimscon.org

SECTION 4 | Déclaration, Consentement, Signature et Légalisation

- 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.
- J'accepte de verser le paiement obtenu par la Claims Conference dans le cadre du Fonds de l'époux/se survivant de l'Holocauste à toute personne qui pourrait jouir d'un droit prioritaire au mien et cela conformément aux dispositions des directives en vigueur du Gouvernement Allemand sur l'octroi d'une indemnité de ce fonds d'indemnisation.
- Dans le cas où quelqu'un dépose une demande qui répond mieux aux critères d'éligibilité du/des fond/s en question de la Claims Conference établis par le Gouvernement Allemand que la mienne, je serai également 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 effectué 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 comprends et reconnais par la présente que les critères d'éligibilité sont entièrement fondés sur le droit Allemand. J'accepte sans conditions que le Tribunal de Francfort-sur-le-Main, en Allemagne, soit la Cour de juridiction exclusive. J'accepte également que tout litige soit résolu selon les Lois de la République Fédérale d'Allemagne.
- 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.
- J'autorise la Claims Conference par la présente à demander et vérifier tous les documents détenus par les Autorités d'Indemnisation du Gouvernement Allemand ou du Ministère des Finances et de l'Intérieur d'Israël concernant mon époux(-se), sa fratrie et ses parents qui peuvent être décédés.
- J'accepte que la Claims Conference puisse demander des informations et documents supplémentaires pour traiter ma demande.
- J'accepte que la Claims Conference puisse déterminer en mon nom les programmes d'indemnisation appropriés à ma demande
- J'autorise la Claims Conference par la présente à vérifier tous les documents me concernant auprès des Autorités, Tribunaux, archives et institution en Allemagne, en Israël et à l'étranger afin d'obtenir de leurs parts toute information et document me concernant pour autant que ceci soit pertinent.

CONSENTEMENT

J'autorise la Claims Conference par la présente à vérifier tous les documents me concernant auprès des Autorités, Tribunaux, archives et institution en Allemagne, en Israël et à l'étranger afin d'obtenir de leurs parts toute information et document me concernant pour autant que ceci soit pertinent. J'autorise, à cet effet la Claims Conference à déléguer ce pouvoir à une tierce personne.

Je comprends que les informations recueillies sur ce formulaire, me concernant et concernant les autres individus auxquels il a été fait référence, y compris ma famille, mon tuteur ou médecin (Parties Tierces) seront traitées conformément à la déclaration de confidentialité de la Claims Conference que vous pouvez trouver sur le site 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.

Je comprends que les informations personnelles traitées en relation avec cette demande puissent être transférées aux bureaux de la Claims Conference, notamment, mais non exclusivement aux bureaux des Etats-Unis, d'Allemagne et d'Israël. J'accepte aussi que mes informations personnelles soient mises à la disposition du Ministère Allemand des Finances et du Bureau Fédéral Allemand d'Audit, et cela uniquement pour les besoins de vérification et d'audit, dans le cadre des dispositions sur la protection des données de la République Fédérale d'Allemagne.

Les informations liées à mes origines raciales et ethniques, à mes croyances 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 ("**Informations Personnelles Confidentielles**"). Nous exigeons votre consentement explicite, conformément à la loi Européenne sur la protection des informations, afin de traiter vos Informations Personnelles Confidentielles.

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

- Mes Informations Personnelles Confidentielles doivent être traitées par la Claims Conference selon les besoins, pour déterminer mon admissibilité au programme d'indemnisation de la Claims Conference.
- Mes Informations Personnelles Confidentielles doivent être partagées selon les besoins avec le Ministère Allemand des Finances/Bureau Fédéral Allemand d'Audit.
- Si nécessaire, mes informations personnelles, ainsi que mes informations personnelles confidentielles recueillies sur ce formulaire seront transférées en dehors de la Zone Economique Européenne.

En outre, j'accepte que la Claims Conference puisse utiliser les informations personnelles contenues dans le formulaire afin de me fournir de plus amples renseignements sur les programmes d'indemnisation ou les prestations sociales disponibles pour les victimes du Nazisme pour autant que ceci soit pertinent.

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

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 ou écrire à l'adresse qui suit : PO Box 1215, New York, New York 10113. 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.

**AFIN D'ÊTRE CORRECTEMENT LEGALISÉ, CE QUESTIONNAIRE DOIT ÊTRE
SIGNÉ AU MOMENT MÊME OÙ LA LÉGALISATION SERA FAITE SOIT : par un fonctionnaire d'un
consulat allemand, un employé de banque, un notaire, un centre de service social juif possédant
un sceau (un tampon), dans une mairie ou un hôtel de ville (en Europe) ou par un bureau de
l'administration israélienne.**

Je confirme que le/la requérant/e ou son représentant légal s'est présenté/e aujourd'hui devant moi et a prouvé son identité à l'aide de : ☐ Son passeport ☐ Autre document d'identité (veuillez préciser)					
<i>Une copie conforme à l'original de la pièce d'identité utilisée pour confirmer l'identité doit être jointe à cette demande.</i>					
Signature du/de la requérant/e			Jour	Mois	Année
Si le/la requérant/e est dans l'incapacité de signer ce formulaire, son représentant légal peut signer en son nom.					
Signature du représentant légal			Jour	Mois	Année
Nom de la personne habilitée à certifier les documents	Fonction	Organisation	Jour	Mois	Année
Signature & cachet du certificateur					

LES DEMANDES QUI NE SONT PAS SIGNÉES ET LÉGALISÉES EN BONNE ET DUE FORME NE SERONT PAS TRAITÉES.

Avez-vous pensé à...

- ☐ Compléter toutes les sections de la demande ?
- ☐ Signer, dater et faire légaliser votre signature, apposée sur le formulaire de demande, soit par un fonctionnaire d'un consulat allemand, un employé de banque, un notaire, une agence de service social juif munie d'un sceau, une mairie (en Europe) ou un bureau du gouvernement de l'État d'Israël ?
- ☐ Joindre une photocopie d'une pièce d'identité avec votre photo émise par le gouvernement et qui correspond au document répertorié dans la section Certification ?
- ☐ Joindre des photocopies de tous les documents requis ?
- ☐ Photocopier le formulaire de demande complet et toutes les pièces jointes à votre dossier pour vos dossiers personnels ?

INSTRUCTIONS POUR L'ENVOI

L'original du formulaire de demande complété, signé, légalisé et accompagné des photocopies des documents demandés doit être adressé à l'adresse ci-dessous. Nous vous prions de ne pas nous faire parvenir la photocopie de votre questionnaire de demande par fax ou par email.

CLAIMS CONFERENCE
POSTFACH 90 05 43
60445 FRANKFURT AM MAIN
DEUTSCHLAND