

FONDS FÜR EhePARTNER/INNEN VON HOLOCAUST- ÜBERLEBENDEN ANTRAGSFORMULAR

Dieses Formular ist nur für lebende Ehepartner von verstorbenen NS-Opfern bestimmt, die für ihre Verfolgung bereits eine Rente nach Artikel 2, RSP oder CEEF erhalten haben. Bitte füllen Sie dieses Formular mit GROSSBUCHSTABEN aus. Senden Sie uns nach dem Ausfüllen dieses Formulars unbedingt das Original per Post zurück und nicht eine Kopie. Danke.

ABSCHNITT 1 | Persönliche Informationen

Familiennamen:		Vorname:	Mädchenname:
Adresse:		Stadt	
Bundesland/Kanton/Provinz:	Land:	Postleitzahl:	
Wie lautet Ihre E-Mail-Adresse?		Wie lautet Ihre Telefonnummer?	

Wie lautet Ihr Geburtsdatum?

Geschlecht?

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

☐ Männlich ☐ Weiblich

☐ Hiermit bestätige ich, dass ich mit _____ (Vor-/Nachname) zum Zeitpunkt des Ablebens am _____ (Tag/Monat/Jahr) gesetzlich verheiratet war.

Bitte nennen Sie uns die Antragsnummer der/s Verstorbenen bei der Claims Conference: _____.

Sollte diese Ihnen nicht bekannt sein, nennen Sie bitte das Geburtsdatum der/des Verstorbenen _____ (Tag/Monat/Jahr).

Wir können die Details Ihres Antrags nur mit Ihnen oder einer von Ihnen angegebenen Person besprechen. Gibt es jemanden, mit dem wir über Ihren Antrag sprechen oder den wir anschreiben können?

Familiennamen:		Vorname:	Beziehung zu Ihnen:
Adresse:		Stadt:	
Bundesland/Kanton/Provinz:	Postleitzahl	Land:	
Telefon:		E-Mail:	

ABSCHNITT 2 | Bankinformationen

Bitte beachten Sie: Wir können nur auf **Ihr eigenes** Konto einzahlen.

Wie lautet der Name Ihrer Bank?

Wie lautet die Adresse Ihrer Bank?

Wie lautet ihre IBAN oder Kontonummer?

Wie lautet Ihr SWIFT/ BIC Code?

ABSCHNITT 3 | Erforderliche Unterlagen

Bitte fügen Sie Kopien folgender Dokumente bei.

- ☐ Eine Kopie der Sterbeurkunde des Verstorbenen
- ☐ Eine Kopie Ihres Ausweises, ausgestellt von einer Behörde
- ☐ Eine Kopie eines Dokuments, dass den Nachweis Ihrer Ehe mit dem Verstorbenen zeigt.

Wenn Ihr Name nicht mehr mit dem übereinstimmt, was in diesem amtlichen Dokument verzeichnet ist, fügen Sie bitte auch ein amtliches Dokument bei, in dem diese Namensänderung verzeichnet ist.

Bevollmächtigter-/Betreuer

Sofern ein Antragsteller nicht in der Lage ist, diesen Antrag zu unterschreiben, kann dieser Antrag auch von einem bevollmächtigten Vertreter im Namen des Antragstellers unterzeichnet werden. Zusätzlich zu den zuvor aufgeführten erforderlichen Dokumenten soll der Bevollmächtigte außerdem **ALLE** folgenden Dokumente beifügen:

- Fotokopie einer Vollmacht oder Betreuungsurkunde
- Fotokopie eines Identitätsnachweises des Bevollmächtigten oder Betreuers, der von einer Behörde ausgestellt wurde
- Ein vollständig ausgefülltes Arztformular. Der Vordruck kann von unserer Internetseite, www.claimscon.org heruntergeladen werden

ABSCHNITT 4 | 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.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, die von der Claims Conference im Rahmen des Fonds für Ehepartner/innen von Holocaust-Überlebenden erhaltene Zahlung weiterzugeben, sollte es jemanden geben, der gemäß den Vorgaben der geltenden Richtlinien der deutschen Bundesregierung über die Bewilligung einer Zahlung aus diesem Entschädigungsfonds einen im Vergleich zu mir vorrangigen Anspruch hat.
- 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 indirekte Verbindung mit diesem Antrag und seine Bearbeitung stehen.
- Ich autorisiere die Claims Conference hiermit, alle Dokumente in Bezug auf meine(n) verstorbene(n) Ehepartner/in,

eventuell verstorbenen Geschwister und Eltern bei den deutschen Bundesentschädigungsbehörden oder dem israelischen Finanz-/Innenministerium 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 die mir zur Verfügung stehenden Entschädigungsprogramme auswählt.

EINWILLIGUNG

Hiermit autorisiere ich die Claims Conference, alle meine Person betreffenden Dokumente bei Behörden, Gerichten, Archiven und Institutionen in Deutschland, Israel und in anderen Ländern einzusehen und von diesen Informationen und Dokumente zu meiner Person zu beziehen. Ich autorisiere die Claims Conference ferner, **diese Befugnis gegebenenfalls an Dritte zu delegieren.**

Ich verstehe, dass über mich in diesem Formular erhobene Daten sowie die Daten anderer Personen, auf die in diesem Formular Bezug genommen wird, einschließlich der Daten 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 Dritte auf diese Erklärung 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.

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 rassische Herkunft, meine religiösen Überzeugungen und meine Gesundheit gelten nach europäischem Datenschutzrecht als Daten einer besonderen Kategorie („sensible personenbezogene Daten“). Für die Verarbeitung sensibler personenbezogener Daten benötigen wir nach dem europäischen Datenschutzrecht Ihre ausdrückliche Zustimmung.

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

- Meine sensiblen personenbezogenen Daten bei Bedarf von der Claims Conference zur Feststellung meiner Berechtigung zur Teilnahme am Entschädigungsprogramm verarbeitet werden dürfen.
- Meine sensiblen personenbezogenen Daten bei Bedarf mit dem Bundesfinanzministerium/Bundesrechnungshof geteilt werden dürfen.
- Meine auf diesem Formular erhobenen personenbezogenen Daten sowie meine sensiblen 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 gegebenenfalls 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.

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 oder PO Box 1215, New York, New York 10113 (USA) wenden muss. Wenn ich meine Einwilligung widerrufe, ist mir bewusst, dass die Claims Conference möglicherweise meinen Antrag nicht bearbeiten oder Verpflichtungen, die für eine eventuelle Auszahlung notwendig sind, nicht nachkommen kann.

DIESES FORMULAR MUSS ZUM ZEITPUNKT DER BEGLAUBIGUNG UNTERSCHRIEBEN WERDEN

und entweder von einem Angestellten des deutschen Konsulats, einem Bankangestellten, einem Notar, einem Bediensteten einer jüdischen Sozialeinrichtung (mit Siegel), einem Rathausangestellten (in Europa) oder einem Mitarbeiter der Regierungsbehörde des Staates Israel zertifiziert werden.

Ich bestätige, dass der Antragsteller oder die vertretungsberechtigte Person seine/ihre Identität durch Folgendes nachgewiesen hat: ☐ Reisepass ☐ Anderes Dokument zum Nachweis der Identität (bitte angeben):

Eine Kopie des Passes/Ausweises, der zum Nachweis der Identität verwendet wurde, muss diesem Antrag beigelegt werden.

Unterschrift des Antragstellers	Tag	Monat	Jahr
---------------------------------	-----	-------	------

Wenn ein Antragsteller nicht in der Lage ist, dieses Antragsformular selbst zu unterschreiben, kann eine vertretungsberechtigte Person in seinem Namen Unterschrift leisten.

Unterschrift der vertretungsberechtigten Person	Tag	Monat	Jahr
---	-----	-------	------

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

Unterschrift & Stempel der beglaubigenden Person
--

NICHT UNTERSCHRIEBENE UND ORDNUNGSGEMÄSS BEGLAUBIGTE ANTRÄGE WERDEN NICHT BEARBEITET.

HABEN SIE DARAN GEDACHT...

- ☐ alle Abschnitte des Antragsformulars vollständig auszufüllen?
- ☐ ihr Antragsformular zu datieren, zu unterzeichnen und ihre Unterschrift bei einem Angestellten des deutschen Konsulats, einem Bankangestellten, einem Notar, einer jüdischen sozialen Organisation, welche über einen Stempel verfügt, einem Rathaus/Gemeinde (in Europa) oder einer staatlichen Behörde Israels beglaubigen zu lassen?
- ☐ Eine Kopie des Ausweisdokumentes beizufügen, welches Sie zur Beglaubigung Ihrer Unterschrift vorgelegt haben (dies sollte ein amtliches Ausweisdokument mit Ihrem Lichtbild sein)?
- ☐ Kopien aller sonstigen erforderlichen Dokumente beizufügen?
- ☐ Sich zur Sicherheit eine Kopie des gesamten ausgefüllten Antragsformulars sowie aller Anlagen für Ihre eigenen Unterlagen zu hinterlegen?

VERSANDHINWEISE

Bitte senden Sie das ausgefüllte, unterschriebene und beglaubigte **Original des Antragsformulars** zusammen mit den Fotokopien aller erforderlichen Dokumente an die im Folgenden genannte Adresse. Bitte übersenden Sie uns keine Faxe, E-Mails oder Fotokopien Ihres Antragsformulars.

CLAIMS CONFERENCE
POSTFACH 90 05 43
60445 FRANKFURT AM MAIN
DEUTSCHLAND