

ФОНД ДЛЯ СУПРУГОВ ТЕХ, КТО ПЕРЕЖИЛ ХОЛОКОСТ

АНКЕТА

Эта анкета предназначена исключительно для находящихся в живых вдов/вдовцов заявителей еврейского происхождения, признанных при жизни жертвами нацистского преследования и получавших пенсию из Фонда Артикуль 2 или Фонда Центральной и Восточной Европы за пережитое преследование. Пожалуйста, заполните эту анкету ЗАГЛАВНЫМИ БУКВАМИ.

Оригинал, а не фотокопию заполненной анкеты отправьте нам, пожалуйста, по почте. Спасибо.

РАЗДЕЛ 1 | Личные данные

Пожалуйста, укажите следующие данные:

Фамилия:	Имя, отчество:	Девичья фамилия:
Улица, дом, квартира:		Город/посёлок
Область/штат/провинция:	Страна:	Почтовый индекс:
Электронный адрес:		Телефон:

Ваша дата рождения:

Пол:

День

Месяц

Год

Мужской Женский

Настоящим подтверждаю, что я состоял/а в законном браке с (Имя/Фамилия/Отчество)

на момент её/его смерти (пожалуйста, укажите дату смерти):

День _____ Месяц _____ Год _____

Пожалуйста, укажите регистрационный номер заявления в Клеймс Конференс умершего заявителя: _____. Если номер Вам неизвестен, пожалуйста, укажите дату рождения умершего:

День _____ Месяц _____ Год _____

В случае, если мы не сможем связаться с Вами по вопросам, касающимся данного заявления, Вы можете указать лицо, к которому мы, с Вашего разрешения, сможем обращаться устно или письменно.

Фамилия:	Имя, Отчество:	Степень родства:
Улица, дом, квартира:		Город/посёлок:
Область/Штат/Провинция:	Индекс:	Страна:
Телефон:	Электронный адрес:	

РАЗДЕЛ 2 | Необходимые документы

Пожалуйста, приложите фотокопии следующих документов.

- Фотокопию свидетельства о смерти умершего
- Фотокопию Вашего официального удостоверения личности
- Только для проживающих в США**, пожалуйста, предоставьте фотокопию Вашей карты социального страхования
- Фотокопию любого официального документа, подтверждающего Ваш брак с умершим. Если Ваше имя изменилось и отличается от указанного в данном документе, пожалуйста приложите также фотокопию официального документа, подтверждающего изменение этого имени.

Уполномоченные представители/Опекуны

Если заявитель не может подписать это заявление сам, это может сделать от его имени уполномоченный представитель. В этом случае, кроме означенных выше документов, пожалуйста, предоставьте **ВСЕ** следующие документы:

- Фотокопию доверенности или другого документа, подтверждающего законное опекунство
- Фотокопию официального удостоверения личности уполномоченного представителя
- Заполненное врачебное освидетельствование, форма которого имеется на нашем сайте www.claimscon.org

РАЗДЕЛ 3 | Декларация, согласие, подпись и заверение

- Я заявляю, что все вышеуказанные и прилагаемые данные верны.
- Мне известно, что сообщение заведомо недостоверных сведений повлечёт за собой отказ. Положительные решения, основанные на ложной информации, будут отменены, и я обязуюсь возратить полную сумму полученной мной выплаты из Клеймс Конференс.
- Я обязуюсь отдать выплату, полученную мной от Клеймс Конференс из Фонда для Супругов Тех, Кто Пережил Холокост, любому другому лицу, имеющему на эту выплату больше прав, чем я, в соответствии с требованиями, установленными правительством Германии на получение данной выплаты из этого компенсационного фонда.
- В случае, если я в соответствии с этой декларацией или при других обстоятельствах буду обязан/а возратить выплату в Клеймс Конференс, то я настоящим признаю, что я также буду обязан/а возместить Клеймс Конференс любые суммы и расходы, потраченные Клеймс Конференс в связи с возвратом таких выплат.
- Я понимаю и настоящим признаю, что критерии выплаты основаны исключительно на законодательстве Германии. Я выражаю своё безоговорочное согласие с тем, что исключительная подсудность принадлежит суду во Франкфурте на Майне, Германия. Я также выражаю своё полное согласие с тем, что все спорные вопросы, которые могут возникнуть, будут решаться исключительно в соответствии с законами Федеративной Республики Германии.

- Мне известно, что у меня нет узаконенных прав на получение компенсации. Исходя из вышеизложенного, я заявляю о категорическом – насколько это допускается законом – отказе, в настоящее время или в будущем, от каких-либо претензий к Комиссии по еврейским материальным искам к Германии (Клеймс Конференс) в связи с содержанием или процедурой рассмотрения данного заявления.

Я уполномочиваю Клеймс Конференс запрашивать в Федеральных ведомствах Германии, ответственных за возмещение ущерба жертвам нацизма, или Министерстве финансов и МВД Израиля документы, содержащие информацию о моём/моей супруге, его/её братьях и сёстрах, его/её родителях (вне зависимости от того, живы они или умерли).

- Я даю согласие Клеймс Конференс на запрос дополнительной информации или документов, необходимых для рассмотрения моего заявления.
- Я даю согласие Клеймс Конференс определять от моего имени, каким компенсационным программам соответствует моё заявление.

СОГЛАСИЕ

Настоящим я уполномочиваю Клеймс Конференс изучать любые документы, касающиеся меня, в государственных органах, судах, архивах и других учреждениях в Германии, Израиле и за их пределами и получать от них любую информацию и документы, относящиеся ко мне. Я даю разрешение Клеймс Конференс делегировать это право другому лицу для этих целей.

Я понимаю, что информация, касающаяся меня и других лиц, указанных в этом заявлении, включая мою семью, опекуна или врача (третьи стороны), будет обрабатываться в соответствии с уведомлением о тайне информации Клеймс Конференс, которую можно найти по адресу: <http://www.claimscon.org/about/privacy-policy> . Я подтверждаю, что ознакомил “Третьи стороны” с упомянутым уведомлением и получил от них разрешение на использование их личной информации в данном заявлении как через Клеймс Конференс, так и через других третьих лиц, перечисленных в уведомлении.

Я понимаю, что личные данные, обрабатываемые в этой связи, могут быть направлены в офисы Клеймс Конференс, включая, но не ограничиваясь офисами в США, Германии и Израиле.

Я также даю согласие на то, чтобы мои личные данные были предоставлены министерству финансов Германии, а также Федеральному Аудиторскому управлению Германии исключительно в целях изучения и проверки в рамках законодательства о хранении информации Федеративной Республики Германии.

В соответствии с европейским регламентом по защите данных «Конфиденциальные личные данные», информация, относящаяся к этническому и расовому происхождению, религиозным вероисповеданиям и состоянию здоровья, является информацией особой категории. В соответствии с европейским регламентом по защите данных нам необходимо получить Ваше личное согласие на обработку конфиденциальных личных данных.

Подписываясь ниже, я настоящим выражаю своё согласие с тем, что для определения моего права на участие в компенсационной программе и получения выплаты:

- Мои конфиденциальные личные данные будут обрабатываться Клеймс Конференс для определения моего права на компенсационную программу Клеймс Конференс.
- Мои конфиденциальные личные данные могут быть представлены министерству финансов Германии, а также Федеральному Аудиторскому управлению Германии.
- При необходимости, мои личные данные и конфиденциальные личные данные, содержащиеся в данном заявлении, могут быть направлены за пределы Европейского Союза.

Кроме того, я разрешаю Клеймс Конференс использовать мои личные данные, содержащиеся в данном документе, для предоставления мне дополнительной информации о компенсационных программах или о социальных пособиях, на которые имеют право жертвы нацизма, если таковые имеются.

Клеймс Конференс признает мои права, касающиеся моей личной информации, в соответствии с уведомлением о тайне информации Клеймс Конференс: <http://www.claimscon.org/about/privacy-policy>

Я понимаю, что имею право отозвать свое согласие в любое время. Я понимаю, что в случае моего желания отменить свое согласие, реализовать свои права в соответствии с уведомлением о тайне информации, или для того, чтобы подать любые жалобы, я должен связаться с Клеймс Конференс по адресу: privacy@claimscon.org или PO Box 1215, New York,

New York 10113. Я понимаю, если я отменю своё согласие, то Клеймс Конференс не сможет обрабатывать моё заявление и выполнить свою функцию в осуществлении выплат.

**ВАША ПОДПИСЬ НА ДАННОЙ АНКЕТЕ ДОЛЖНА БЫТЬ ПОСТАВЛЕНА И ЗАВЕРЕНА
ОДНОВРЕМЕННО И НАДЛЕЖАЩИМ ОБРАЗОМ**

в присутствии либо представителя консульства Германии, служащего банка, нотариуса, представителя еврейского агентства социального обеспечения, имеющего печать, либо официального лица в муниципалитете (в Европе), или служащего государственной организации Израиля.

Настоящим я свидетельствую, что данный заявитель или его уполномоченный представитель лично явился ко мне сегодня и удостоверил свою личность, предъявив: Паспорт Другой документ, удостоверяющий личность (пожалуйста, укажите) _____

Копия документа, удостоверяющего личность, используемого для подтверждения личности, должна быть приложена к данному заявлению.

Подпись заявителя	День	Месяц	Год
-------------------	------	-------	-----

Если заявитель не может сам подписать это заявление, то его/её уполномоченный представитель может подписать заявление от его /её имени.

Подпись уполномоченного представителя	День	Месяц	Год
---------------------------------------	------	-------	-----

Лицо, заверяющее подпись	Должность	Организация	День	Месяц	Год
--------------------------	-----------	-------------	------	-------	-----

Подпись и печать лица, заверяющего подпись:

**ЗАЯВЛЕНИЯ, НЕ ПОДПИСАННЫЕ И НЕ ЗАВЕРЕННЫЕ НАДЛЕЖАЩИМ ОБРАЗОМ,
РАССМОТРЕНИЮ НЕ ПОДЛЕЖАТ**

РЕКВИЗИТЫ БАНКА

Пожалуйста, заполните полностью ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ и поставьте свою подпись. Если у вас возникнут вопросы в связи с любым из нижеследующих пунктов, пожалуйста, обратитесь в Ваш банк за помощью. Для гарантии точности данных просим предоставить копию/фотокопию аннулированного чека (документ с указанием банковских реквизитов или банковскую распечатку).

**Пожалуйста, обратите внимание:
МЫ СМОЖЕМ ПРОИЗВОДИТЬ ПЛАТЕЖИ ТОЛЬКО НА БАНКОВСКИЙ СЧЁТ НА
ВАШЕ ИМЯ.**

Название банка		
Адрес банка: номер дома и улица		
Город	Почтовый индекс	Страна
Ваш IBAN (в Европе, если Вы не уверены, уточните детали в Вашем банке) или номер счёта		
Канада: Ваш транзитный код	Канада: Номер Вашего филиала	Канада: Ваш SWIFT код
Европа (кроме Соединённого Королевства): Ваш SWIFT/BIC код		
Австралия: Номер филиала Вашего штата (BSB)	Австралия: Ваш Swift код	
Соединённое Королевство: Ваш SORT код		
США: Ваш ABA Routing код для перевода (пожалуйста, уточните номер в Вашем банке)		
Какой счёт Вы хотите указать? (обведите)	РАСЧЁТНЫЙ СЧЁТ	СБЕРЕГАТЕЛЬНЫЙ СЧЁТ
<i>В некоторых случаях некрупные банки могут пользоваться для переводов услугами банков-посредников. Если Вам известно, что Ваш банк пользуется услугами банков-посредников, пожалуйста, сообщите данные, указанные ниже. Если Вы не уверены, пожалуйста, свяжитесь с Вашим банком для получения информации.</i>		
Название Вашего банка-посредника		
SWIFT код Вашего банка-посредника		
Номер Вашего счёта в банке-посреднике		

Фамилия и имя заявителя (печатными буквами): _____

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ:

ДАТА

Месяц

День

Год

ПРОВЕРЬТЕ, ВСЁ ЛИ ВЫ СДЕЛАЛИ НАДЛЕЖАЩИМ ОБРАЗОМ...

- Заполнили все разделы заявления?
- Поставили свою подпись, дату, заверили свою подпись в присутствии представителя консульства Германии, служащего банка, еврейского агентства социальных услуг, имеющего печать, или государственного учреждения Израиля?
- Приложили фотокопию документа, удостоверяющего личность, выданного официальным государственным органом и указанного в разделе ЗАВЕРЕНИЕ?
- Приложили фотокопии всех необходимых документов?
- Сделали копию всего заявления со всеми приложениями?

Инструкции по почтовой пересылке

Оригинал заполненного заявления, подписанный и заверенный, вместе с фотокопиями необходимых документов должен быть отправлен по следующему адресу. Пожалуйста, не посылайте свое заявление по факсу или по электронной почте. Пожалуйста, не посылайте нам фотокопию Вашего заявления.

CLAIMS CONFERENCE
P.O. BOX 1215
NEW YORK, NY 10113
UNITED STATES OF AMERICA

CLAIMS CONFERENCE
POSTFACH 90 05 43
60445 FRANKFURT AM MAIN
DEUTSCHLAND

CLAIMS CONFERENCE
P.O. BOX 20064
6120001 TEL AVIV
ISRAEL