

HOLOKAUSZT TÚLÉLŐ HÁZASTÁRSI ALAP - JELENTKEZÉSI LAP

Ez a kérdőív kizárólag a náci üldöztetésük miatt CEEF Article 2 nyugdíjban részesült, már elhunyt zsidó támogattak házastársai számára készült. Kérjük, hogy az ívet nyomtatott nagy betűkkel töltsse ki.

A saját kezűleg aláírt ívet postázza, ne annak egy másolatát!

1. RÉSZ | Az Ön személyes adatai

Kérjük, adja meg az alábbi adatokat:

Családi neve:	Utóneve:	Lánykori neve:
Címe: utca, házszám, emelet, ajtó:	Város:	
Megye:	Ország:	Irányítószám:
Email címe:	Telefonszáma:	

Az Ön születési dátuma:

Neme:

Nap:

Hónap:

Év:

☐ Férfi

☐ Nő

☐ Kijelentem, hogy _____ haláláig törvényes

házastársam volt. Házastársam halála napja: _____, hónapja: _____, éve: _____.

Elhunyt házastársam Claims Conference regisztrációs száma: _____

Nem tudom a regisztrációs számot, ezért megadom az elhunyt születési dátumát, amelynek napja:

_____, hónapja: _____, éve: _____.

Csak olyan személlyel tárgyalhatunk az Ön kérvényéről, akit Ön erre kijelöl. Ha van ilyen személy, kérjük, adja meg az adatait, hogy írásban vagy szóban tárgyalhassunk vele.

A meghatalmazott családi neve:	Utóneve:	Milyen kapcsolatban áll Önnel?
--------------------------------	----------	--------------------------------

Címe: utca, házszám:		Város:
Megye:	Irányítószám:	Ország:
Telefonszám:		Email:

CSAK KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ AZ IDEGEN NYELVŰ ÍVHEZ

2. RÉSZ | A szükséges dokumentumok listája

Kérvényéhez csatolja a következő dokumentumok fénymásolatát:

- ☐ elhunyt házastársa halotti anyakönyvi kivonatának másolata,
- ☐ az Ön személyi igazolványának fénymásolata,
- ☐ **ha Ön jelenleg az Amerikai Egyesült Államok polgára:** a Social Security Card fénymásolata,
- ☐ bármely okmány, amely igazolja, hogy Ön az elhunyt halálának időpontjában vele házastársi kapcsolatban volt. Ha Ön jelenleg más nevet visel, mint amelyik a házassági dokumentumon szerepel, kérjük, hogy csatolja a névváltoztatásról szóló iratot is.

Képviselési jog/gyámság

Ha a jelentkező nem képes aláírni a jelentkezési ívet, meghatalmazott képviselője aláírhatja helyette. Ehhez - a fenti dokumentum másolatokon kívül - a meghatalmazottnak mellékelnie kell az alább dokumentumok **mindegyikét**:

- közjegyző által hitelesített okmány, amely igazolja a felhatalmazást,
- a meghatalmazott személyi igazolványának másolata,
- kitöltött Egészségügyi Jelentés, mely a www.claimscon.org weboldaltól tölthető le. Az ív angol címe: Doctor's Form.

3. RÉSZ | Kijelentések, Meghatalmazás, Igazolás és Aláírás

- Kijelentem, hogy mind a feljebb megadott adatok, mind a csatolt dokumentumok és dokumentum másolatok igazak és valódiak.
- Tisztában vagyok vele, hogy ha szándékosan valótlan tényeket közlök, kérvényemet elutasítják. Ha hamis tényeken alapulva születik ügyemben elfogadó döntést, azt érvénytelenítik, és a teljes összeget visszafizetem a Claims Conference-nek.
- Egyetértek azzal, hogy a Házastársi Alap kifizetéseit a német kormány érvényes kárpótlási irányelvei szerint a segélyre szorultságom mértéke alapján ítélik meg.
- Ha a jelen kijelentéseim, vagy más okok miatt arra köteleznek, hogy a Claims Conference Házastársi Alap támogatását visszafizessem, megértettem, hogy ki kell fizetnem a Claims Conference-nek a visszatérítési eljárás során keletkezett költségeket is.
- Megértettem, és egyetértek azzal, hogy jogosultságomat kizárólag a német törvények értelmében döntenek el. Feltétel nélkül tudomásul veszem, hogy ebben az ügyben kizárólag a németországi Frankfurt am Main törvényszéke a jogosult döntéshozó szerv. Egyetértek azzal, hogy minden, ügyemmel kapcsolatos jogi döntést a Német Szövetségi Köztársaság törvényei szerint hoznak meg.
- Tudomásul veszem, hogy támogatásom jogilag nem kötelező. A fenti kijelentésektől való eltérés nélkül kérvényemmel, vagy annak megítélésével összefüggésben véglegesen lemondok minden további követelésemtől, amelyet a Conference on Jewish Material Claims against Germany szervezettel szemben támasztottam, vagy a jövőben támasztani kívánok; mindaddig, amíg ez a kijelentésem rám nézve jogilag kötelező.
- Ezúton felhatalmazom a Claims Conference-t, hogy iratokat kérjen ki és tekintsen meg a Német Szövetségi Köztársaság jóvátételi szerveitől vagy az izraeli bel-és pénzügyminisztériumtól elhunyt házastársam, vagy házastársam esetleg elhunyt testvérei és szülei ügyében.
- Elfogadom, hogy a Claims Conference további információt és dokumentumokat kérhet, hogy kérvényemet megítélje.
- Elfogadom, hogy a Claims Conference nevében eldöntse: mely jóvátételi programba illeszti be a támogatási kérelmemet.

MEGHATALMAZÁS

Ezúton meghatalmazom a Claims Conference-t, hogy Németország, Izrael Állam vagy más ország hivatalaiban, törvényszékein, levéltáraiban vagy más intézményeiben betekintszen a személyemre vonatkozó dokumentumokba, ha ez a kérvényem elbírálásához szükséges. Felhatalmazom a Claims Conference-t, hogy ezt a jogát más személyekre átruházhassa.

Megértettem, hogy a kérvényemben rám, és az abban szereplő harmadik felekre (beleértve a családtagjaimat, jogi képviselőmet és orvosomat) vonatkozó adatokat a Claims Conference a <http://www.claimscon.org/about/privacy-policy>

oldalon található adatvédelmi elvek alapján kezeli. Kijelentem, hogy a harmadik feleket értesítettem, és beleegyezésükkel rendelkezem arról, hogy a Claims Conference kezelhesse a kérvényemben megadott adataikat.

CSAK KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ AZ IDEGEN NYELVŰ ÍVHEZ

Megértettem, hogy a kérvényemben szereplő személyes adatokat továbbíthatják más Claims Conference irodákba, beleértve, de nem korlátozva az Egyesült Államok-béli, a német és az izraeli irodákat. Beleegyezem abba, hogy személyes adataimat a német pénzügyminisztérium és a német szövetségi számvevőszék - kizárólag áttekintésre és auditálásra a Német Szövetségi Köztársaság adatvédelmi elvei szerint kezelhesse.

Azok az adatok, amelyek az Ön származásáról, etnikai hovatartozásáról, vallási meggyőződéséről és egészségi állapotáról szólnak, az Európai Adatvédelmi Elvek szerint Érzékeny Személyes Adatok. Külön beleegyezését kell megkérnünk, hogy ezeket kezelhessük:

Aláírással kifejezetten elfogadom, hogy a jóvátételi program keretében történő támogatásom jogosultsága elbírálása érdekében:

- Érzékeny személyes adataimat a Claims Conference szükség szerint kezelje, hogy eldöntse jogosultságomat a jóvátételi program támogatására.
- Érzékeny személyes adataimat megossza a német pénzügyminisztériummal és a német számvevőszékkel.
- Szükség esetén a kérvényemben szereplő érzékeny személyes adataimat továbbítsa az Európai Gazdasági Társulás határain túlra.

Valamint hozzájárulok ahhoz is, hogy a Claims Conference az itt közölt adataimat felhasználhassa arra, hogy értesítsen a náci üldözöttek jóvátételi programjairól és szociális juttatásairól, ha azok rám is vonatkoznak.

A Claims Conference a személyes adataimra vonatkozó jogaimat a <http://www.claimscon.org/about/privacy-policy> weboldalon ismertetett elvek szerint kezeli.

Megértettem, hogy az adatvédelmi hozzájárulásom visszavonását, az adatvédelmi jogaim gyakorlását és panasztételt a Claims Conference privacy@claimscon.org címen, vagy a PO Box 1215, New York, New York 10113 címen tehetem meg. Megértettem, hogy ezt a Claims Conference csak akkor fogadhatja, ha ez nem korlátozza az kifizetéssel kapcsolatos kötelezettségei teljesítésében.

IGAZOLÁS

EZT A RÉSZT ÖNNEK VAGY FELHATALMAZOTTJÁNAK A KÖVETKEZŐ HIVATALOK EGYIKÉBEN KELL ALÁÍRNI:

a helyi német konzulátuson, bankban, közjegyzőnél, hivatalos pecséttel rendelkező zsidó szociális szervezetnél, önkormányzati hivatalban (az Európai Közösségen belül), vagy Izrael Állam valamelyik kormányzati hivatalában.

Hivatalosan igazolom, hogy a kérelmező, vagy a felhatalmazott képviselője a mai napon megjelent hivatalomban, és tanúsította személyazonosságát a következő módon:

☐ útlevél

☐ más dokumentum (a dokumentum típusának megjelölése)

A személyazonosságot igazoló dokumentum másolatát csatolnia kell a jelentkezéshez.

A jelentkező aláírása:

nap

hónap

év

Dátum:

Ha a jelentkező nem képes az aláírásra, nevében a felhatalmazott képviselője írhatja alá az ívet!

A meghatalmazott képviselő aláírása:

nap

hónap

év

Dátum:

Az igazoló személy neve:

Beosztása:

Szervezete:

nap

hónap

év

Igazoló aláírása és pecsétje:

NEM MEGFELEŐEN ALÁÍRT ÉS IGAZOLT KÉRELMEKET NEM BÍRÁLUNK EL!

BANK ADATOK

Kérjük, hogy a pontosság érdekében ezt a részt NYOMTATOTT NAGY BETŰKKEL töltsse ki. Ha kérdése van, forduljon bankjához, ahol segítenek Önnek a kitöltésben.

Az esetleges hibák elkerülése érdekében kérjük, hogy csatoljon egy bankszámla kivonatot, melyen az utalási tételeket olvashatatlanra teheti.

**KÉRJÜK, HOGY VEGYE FIGYELEMBE:
KIFIZETÉSEKET CSAK AZ ÖN NEVÉRE TELJESÍTHETÜNK!**

A bankja neve:		
A bankja címe (utca házszám):		
Város	Postai irányítószám	Ország
Számlaszáma, Európában IBAN formátumban . (Ha nem tudja, kérjük, forduljon a bankjához felvilágosításért):		
Kanada: Tranzit kódja:	Kanada: Fiókszám:	Kanada: SWIFT kódja:
Európa, az Egyesült Királyságon kívül): SWIFT/BIC kódja:		
Ausztrália: BSB száma:	Ausztrália: Swift kódja:	
Egyesült Királyság: SORT kódja:		
Amerikai Egyesült Államok: ABA Routing (bankja segít a kód megszerzésében):		
Milyen típusú a bankszámlája? (Kérjük, jelölje meg a választ!)	FOLYÓSZÁMLA	LEKÖTÖTT SZÁMLA
Néha kisebb bankok kérhetik közvetítő bank segítségét az átutaláshoz. Ha az Ön bankja is közvetítő bank útján végzi az utalásokat, kérjük, adja meg a közvetítő bank adatait is.		
Melyik az bankjának a közvetítő bankja ?		
A közvetítő bank SWIFT kódja:		
Mi az Ön közvetítő banki számlaszáma?		

A kérelmező családi és utóneve (Kérjük, nyomtatott nagy betűkkel töltsse ki):

A kérelmező aláírása:

Dátum:

hó

nap

év

NE FELEJTSE EL!

- ☐ A jelentkezési ív minden részét töltsse ki!
- ☐ Írja alá, lássa el dátummal, és igazolja a jelentkezési lapját a következő hivatalok egyikében: német konzulátus, bank, közjegyző, hivatalos pecséttel rendelkező zsidó szociális szolgálat, izraeli kormányhivatal!
- ☐ Mellékelje az Igazolás részben megadott személyi azonosító okmánya másolatát!
- ☐ Csatolja az összes szükséges dokumentum fénymásolatát!
- ☐ Másolja le a teljes jelentkezési anyagot!

HOGYAN ADJA POSTÁRA A JELENTKEZÉSI ANYAGÁT?

Az **eredeti**, teljesen kitöltött, aláírt, igazolt jelentkezési lapot és a szükséges csatolmányok fénymásolatát az alábbi címek egyikére postázza.

Kérjük, ne küldjön jelentkezési anyagot faxon vagy e-mailen!

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

CLAIMS CONFERENCE
POSTFACH 90 05 43
60445 FRANKFURT AM MAIN
GERMANY

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