



קרן קינדרטרנספורט

תנאי זכאות

קרן קינדרטרנספורט נפתחה ב-1 לינואר 2019. למרות שכמה מאותם ניצולים קיבלו תשלומים נמוכים בשנות ה-50, קבלת תשלומים קודמים מתוכניות פיצויים לא תמנע מתובעים זכאים לקבל את ההטבה החדשה הזו.

הקרן תשלם תשלום חד-פעמי של 2,500 אירו.

הקרן הזו פתוחה לקורבנות יהודים של הנאצים אשר עומדים בקריטריונים שלהלן במועד הטרנספורט:

- הם היו מתחת לגיל 21, לא מלויים על ידי הוריהם, ולקחו חלק בטרנספורט שלא אורגן על ידי ממשלת גרמניה, על מנת לברוח מסכנת רדיפה פוטנציאלית מכוחות גרמנים;
- הם הועברו ממקום כלשהו בתוך הרייך הגרמני או מטריטוריות אשר סופחו או נכבשו עד לאותו המועד;
- הטרנספורט התקיים בין ה-9 בנובמבר 1938 ועד ה-1 בספטמבר 1939 או אושר על ידי השלטונות הגרמניים לאחר ה-9 בנובמבר 1938 אך לפני ה-1 בספטמבר 1939.

רק מי שהשתתפו בקינדרטרנספורט בעצמם יכולים להגיש בקשה לפיצוי. צאצאיהם או בניוֹת זוגם אינם רשאים להגיש בקשה.



קֶרן קִינְדֶרְטֶרְנֶסְפּוֹרְט

טופס זה מיועד אך ורק לקורבנות יהודיים של הרדיפה הנאצית שהיו בקינדרטרנספורט.

אנא מלא טופס בקשה זה **באנגלית או בגרמנית** תוך שימוש ב**אותיות גדולות** ווודא כי כל הסעיפים מולאו. אם המידע הדרוש אינו קיים נא ציין/י "לא ידוע" "unknown". אם השאלה אינה חלה עליך, נא ציין/י לא רלוונטי ("N/A"). הדבר יסייע לנו לטפל בבקשתך באופן יעיל. תודה רבה.

מידע ליצירת קשר

מה שמך הנוכחי:

שם משפחה:	שם פרטי:	שם אמצעי:
-----------	----------	-----------

האם השתמשת אי פעם בעבר בשם אחר? אם כן, נא ציין/י את כל השמות הקודמים (לרבות שמות בלידה/נעורים):

שם בלידה/נעורים:	שם פרטי:	שם אמצעי:
------------------	----------	-----------

מה כתובת המגורים שלך?

רחוב, מספר בית:	עיר/יישוב:
אזור/מדינה/פרובינציה:	מדינה:
טלפון:	כתובת דוא"ל:
מיקוד:	

מה שפת ההתכתבות המועדפת שלך?

עברית אנגלית גרמנית

במקרה שבו לא נצליח ליצור עמך קשר, קיים מישהו שהיית רוצה לאשר לו/לה לדבר איתנו על התביעה שלך? אם כן, נא פרטי/את מידע יצירת הקשר עם אדם זה כאן:

שם משפחה:	שם פרטי:	הקשר אליך:
רחוב ומספר, דירה:	עיר/יישוב:	
אזור/מדינה/פרובינציה:	מדינה:	מיקוד:
טלפון:	כתובת דוא"ל:	

היסטוריה אישית

היכן נולדת?

עיר/יישוב הלידה:	אזור הלידה:	מדינת הלידה:
------------------	-------------	--------------

האם השתמשת אי פעם בתאריך לידה אחר? אם כן, נא ציין את התאריך החלופי.		
יום:	חודש:	שנה:

מה תאריך הלידה הרשמי שלך?		
יום:	חודש:	שנה:

קורותיך בתקופת המלחמה

כיצד נרדפת כיהודי/ה על ידי הנאצים או על ידי בני בריתם? נא סמני את כל מה שרלוונטי:

- שהייתי במחנה מעצר או במקום מעצר דומה.
- שהייתי בגטו.
- חייתי במסתור ללא גישה לעולם בחוץ.
- חייתי באופן בלתי חוקי/תחת זהות בדויה.
- נשלחתי לקינדרטרנספורט כאשר גילי היה מתחת ל-21 שנה.

באיזו מדינה חיית לפני התאריך 9 בנובמבר 1938 (ליל הבדולח)?

--

באילו מדינות חיית לאחר תאריך זה? ציני/י את המדינה ואת השנה/ים.

--

מאיזה מקום ביבשת אירופה יצא הקינדרטרנספורט שלך לדרך? ציין את העיר ואת המדינה.

--

באיזה חודש ושנה עזב הקינדרטרנספורט שלך?

חודש:	שנה:
-------	------

האם אמך או אביך התלוו אליך לקינדרטרנספורט? כן לא

האם הצטרפו אליך אחים/אחיות כלשהם/? כן לא - אם כן, נא ציני/י את שמותיהם הפרטיים ושמות המשפחה הנוכחיים.

--

מידע על ההורים

מה היה תאריך הלידה של אמך?

יום:	חודש:	שנה:
------	-------	------

מה היה השם של אמך?

שם משפחה:	שם פרטי:
-----------	----------

מה היה מקום המוות של אמך?

--

מה היה תאריך המוות של אמך?

תאריך:	חודש:	שנה:
--------	-------	------

מה היה תאריך הלידה של אביך?

יום:	חודש:	שנה:
------	-------	------

מה היה השם של אביך?

שם משפחה:	שם פרטי:
-----------	----------

מה היה מקום המוות של אביך?

--

מה היה תאריך המוות של אביך?

תאריך:	חודש:	שנה:
--------	-------	------

פיצויים קודמים

אם את/ה מקבל/ת קצבה חודשית מגרמניה על פי חוק הפיצויים הפדראלי הגרמני (BEG), מה מספר הקצבה החודשית שלך ברשות ביטוח הקצבאות הגרמנית?
המספר מצוין באישור התשלום החודשי שלך או במסמכים אחרים המתייחסים לקצבה שלך מגרמניה על בסיס חוק זה.

איזו רשות משלמת לך את הקצבה החודשית שלך לפי חוק הפיצויים הפדראלי הגרמני (BEG)? (לדוגמה: ברלין, המבורג, סאארבורג וכדומה).

אם פנית אי פעם בעבר לתוכניות לתשלום פיצויים אחרות בגין הרדיפה שלך, נא פרט אותן כאן וציין האם קיבלת פיצויים (לדוגמה, פנייה לקרנות ועידת התביעות, לרשות הפיצויים הגרמנית על פי חוק הפיצויים הפדראלי BEG או לקרנות הסיוע הגרמניות, תשלומים ממשד האוצר במדינת ישראל, מקרן הרווחה לקורבנות האוסטרית או מקצבת היתומים הצרפתית).

אם את/ה מקבל/ת (או קיבלת בעבר) פיצויים על הרדיפה שלך, נא כלול/י כל מסמך שנמצא ברשותך בקשר עם תשלום זה.

קרן או תוכנית:	מדינה:	מספר תביעה:	תשלום חד-פעמי או קצבה	האם התשלום ניתן?
			<input type="checkbox"/> חד-פעמי <input type="checkbox"/> קצבה	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
			<input type="checkbox"/> חד-פעמי <input type="checkbox"/> קצבה	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
			<input type="checkbox"/> חד-פעמי <input type="checkbox"/> קצבה	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
			<input type="checkbox"/> חד-פעמי <input type="checkbox"/> קצבה	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

פרטי בנק

במקרה שבו נקבל החלטה חיובית, העובדה שפרטי הבנק שלך שמורים אצלנו תזרז את התשלום. אנו יכולים להעביר כספים אך ורק לחשבונות בנק המנוהלים על שמך.

שם הבנק	
כתובת הבנק	
מספר IBAN (תושבי האיחוד האירופי) או מספר חשבון בנק (כל שאר המדינות)	
קוד ניתוב ABA (תושבי ארה"ב) / קוד מיון (תושבי הממלכה המאוחדת) / קוד סוויפט (כל שאר המדינות)	
בעבור תושבי ישראל בלבד : מספר סניף בנק	
בעבור תושבי קנדה בלבד : מספר מעבר ומוסד	
בעבור תושבי אוסטרליה בלבד : סניף Bank State ("BSB")	

הוכחת זהות

להשלמת בקשתך, נא צרף/י העתק של תעודת זהות ממשלתית אישית תקפה. נדרש כי התעודה המזוהה תישא תצלום שלך ואת חתימת ידך.

איזה סוג של תעודה מזוהה את/ה מספק?
 דרכון תעודת זהות רישיון נהיגה אחר (נא פרט/י): _____

באיזו מדינה הונפק המסמך?

מה המספר המקושר לתעודת זהות זו?

מתי יפוג תוקף המסמך?

יום:	חודש:	שנה:

מה תאריך הנפקת המסמך?

יום:	חודש:	שנה:

בעבור תושבי ישראל בהווה או בעבר בלבד:
 מה מספר תעודת הזהות הישראלית שלך?

בעבור מי שתושב ארה"ב בעת הזו בלבד:
 עליך לספק גם עותק של כרטיס הביטוח הסוציאלי שלך. מה מספר הביטוח הסוציאלי שלך?

האם שמך השתנה?

אם שמך כעת אינו זהה לשמך בעת הלידה, חלה עליך החובה להמציא העתקי מסמכים המקשרים בין שמך בלידה לבין שמך כעת, כגון תעודת נישואין או מסמך שינוי שם אחר.

אפטרופסים

אם המבקש/ת אינו/ה מסוגל/ת לחתום על טופס בקשה זה, רשאי האפטרופוס שלו לחתום בשמו/ה. בנוסף למסמכים שנמנו לעיל, נא צרף/י את **כל המסמכים** הבאים:

- צילום ייפוי כוח או מסמך אחר המעניק מעמד של אפטרופוס
- צילום של תעודת הזהות הממשלתית של האפטרופוס של הניצול
- טופס רופא, מלא על כל פרטיו, הניתן להורדה מאתר האינטרנט שלנו בכתובת www.claimscon.org

הוראות בנושא אימות מסמכים

הישויות הבאות רשאיות לאמת את המסמכים שברשותך. נא בקר/י באתר האינטרנט שלנו (www.claimscon.org) לעיון ברשימת הגופים הנוספים שרשאים לאמת את המסמכים שלך.

- נוטריון ציבורי
- קונסוליה גרמנית
- בנק
- משרד ממשלתי של מדינת ישראל
- סוכנות של רשות שירות סוציאלי ישראלי בעלת חותם
- משרד עמותת עמ"ך (בישראל)
- בית עירייה (באירופה).

כדי שהוא יהיה מאומת כיאות, נדרש כי כל מסמך ידגים את **כל המאפיינים** הבאים:

- חותמת הרשות המאשרת;
- שם מלא (באותיות דפוס) של האדם המאמת את המסמך;
- ציון התואר או המשרה של האדם המאמת את המסמך;
- חתימת ידו של האדם המאמת את המסמך;
- תאריך האימות.

הצהרה, הסכמה, חתימה ואימות חתימה

- אני מצהיר/ה בזאת כי כל האמור לעיל, כמו גם כל המסמכים המצורפים, אמת הם.
- אני מודעת/לך כי מסירת תצהיר שקרי או כוזב יוביל לסירוב לבקשתי. החלטות חיוניות שיתקבלו על בסיס מידע כוזב יבוטלו ואני אחזיר לועידת התביעות את מלוא הכספים ששולמו לי.
- אם אהיה זכאי/ת לתשלום יחיד של 2,500 אירו ואקבל, בטעות, יותר מסכום זה, אני מסכים כי תחול עליי החובה להשיב את הסכום העודף לועידת התביעות.
- במקרה שבו תחול עליי החובה, בעקבות תצהיר זה או בדרך אחרת, להשיב תשלום/ים לועידת התביעות, אני מסכים/ה כי אשא באחריות לכסות גם כל עלות והוצאה שייגרמו עקב כך לועידת התביעות בקשר עם קבלתם בחזרה של התשלומים.
- אני מבין/ה ומסכים/ה בזאת כי אמות המידה להתאמה מבוססות אך ורק על הוראות החוק הגרמני. אני מסכים/ה בזאת ללא תנאי לכך כי העיר פרנקפורט/מיין, הרפובליקה הפדראלית של גרמניה, מהווה את מקום השיפוט הבלעדי. יתר על כן, אני מסכים לכך כי כל מחלוקת תובא לפתרון על פי חוקיה של הרפובליקה הפדראלית של גרמניה.
- אני מבין/ה כי אין לי זכות חוקית לקבל סיוע. מבלי לגרוע מן האמור לעיל, אני מוותר/ת בזאת באופן בלתי חוזר – כל אימת שהדבר מותר על פי חוק – על כל תביעה עתידית שתוכל להיות לי, או שאוכל להעלות נגד ועידת התביעות, בקשר עם בקשה זו או בכל הנוגע לאופן הטיפול בה.
- הנני מסמך/ה בזאת את ועידת התביעות לבקש ולבדוק כל מסמך מרשויות הפיצויים הגרמניות לגבי האחים/יות שלי וההורים שלי אשר נפטרו.
- אני מסכים/ה לכך, כי ועידת התביעות רשאית לבקש לקבל מידע ומסמכים נוספים לטיפול בבקשתי.
- אני מסכים/ה לכך כי ועידת התביעות תהיה רשאית לקבוע בשמי אילו תוכניות פיצויים יהיו ההולמות בהמשך לבקשתי.

הסכמה

אני מתיר/ה בזאת לועידת התביעות לעיין בכל מסמך הקשור אלי אצל כל רשות, בית משפט, ארכיבים ומוסדות, בגרמניה ומחוצה לה, ולקבל מהם כל מידע ומסמכים הקשורים אליי. אני מתיר לועידת התביעות להאציל סמכות זו לאדם אחר למטרה זו.

אני מבין/ה כי המידע האישי שלי הנאסף עליי באמצעות טופס זה ועל אודות אנשים נוספים המוזכרים בו, ובכלל זה בני משפחתי, האפוטרופוס או הרופא שלי ("צדדים שלישיים"), יטופל בהתאם להודעת הפרטיות של ועידת התביעות, שאת פרטיה אפשר למצוא בכתובת <http://www.claimscon.org/about/privacy-policy>. אני מאשר/ת כי עדכנתי צדדים שלישיים אלה בדבר הודעה זו, וכי יש לי את רשותם על מנת שועידת התביעות וכל צד שלישי אחר המצוין בהודעה יעבדו את המידע האישי שלהם בטופס בקשה זה.

אני מבין/ה כי ניתן להעביר מידע אישי הקשור בבקשה זו למשרדי ועידת התביעות, כולל אך ללא הגבלה אליהם, בארצות הברית, גרמניה וישראל. כמו כן, אני מסכים/ה כי אפשר יהיה להעמיד את המידע האישי שלי לרשות משרד האוצר הגרמני ומשרד מבקר המדינה הפדראלי הגרמני, למטרות בדיקה וביקורת בלבד ובמסגרת הוראות ההגנה על המידע החלות על הרפובליקה הפדראלית של גרמניה.

על פי חוק ההגנה על המידע של האיחוד האירופי, מידע הנוגע למוצא האתני וגזעי שלי, לאמונתי הדתית ולמצב הבריאות שלי, נחשב מידע בקטגוריה מיוחדת ("מידע אישי רגיש"). לפיכך, אנו מבקשים לקבל את הסכמתך המפורשת לטיפול במידע אישי רגיש על פי הגדרות חוק ההגנה על המידע של האיחוד האירופי.

על ידי הוספת חתימת ידי להלן, אני מסכים/ה במפורש לכך שיינקטו הצעדים הבאים כדי לקבוע את התאמת לתוכנית הפיצויים ולקבלת תשלום:

- המידע האישי הרגיש שלי יעובד על ידי ועידת התביעות כדי לקבוע את מידת התאמת לתוכנית הפיצויים של ועידת התביעות
- המידע האישי הרגיש שלי ישותף עם משרד האוצר/משרד מבקר המדינה הגרמני
- לפי הצורך, המידע האישי שלי והמידע האישי הרגיש שלי, שייאספו בטופס זה, יועברו אל מחוץ לאזור הכלכלי האירופי.

בנוסף, הנני מסכים/ה לכך כי ועידת התביעות תוכל להשתמש במידע האישי הנכלל כאן כדי להמציא לי מידע נוסף על אודות תוכניות פיצויים או הטבות סוציאליות הזמינות בעבור ניצולי הרדיפה הנאצית. ועידת התביעות מכירה בזכויותיי בכל הנוגע למידע האישי שלי, כפי שאלה מפורטות בהודעת הפרטיות של ועידת התביעות המפורסמת בכתובת <http://www.claimscon.org/about/privacy-policy>.

ידוע לי, כי כדי לבטל את הסכמת כאמור, כדי לממש את זכויותיי על פי הודעת הפרטיות, או כדי להעלות כל תלונה עליי ליצור קשר עם ועידת התביעות בכתובת הדוא"ל privacy@claimscon.org או לת"ד 1215, ניו יורק, ניו יורק 10013, ארה"ב. אני מבין שאם אבטל את הסכמת, ייתכן שועידת התביעות לא תהיה מסוגלת לטפל בבקשתי או לציית לחובותיה בכל הנוגע לביצוע כל תשלום.

בקשה לקרן קינדרטרנספורט

חלה חובה כי טופס זה יחתם בו-זמנית עם אימות החתימה עליו

בפני בנק, או משרד מקומי של 'עמך', או גוף ציבורי סוציאלי ברשותו חותמת, או משרד ממשלתי של מדינת ישראל או רשות מקומית, או משרד ועידת התביעות שבתל אביב, או קונסוליה גרמנית או עו"ד, בכדי לאמת את החתימה

חתימת המבקש:	תאריך: (יום/חודש/שנה)	עיר/יישוב ומדינה:
--------------	-----------------------	-------------------

אם מבקש/ת אינו/ה מסוגל לחתום על בקשה זו, רשאי לעשות זאת האפוטרופוס שלו.

חתימת האפוטרופוס:	תאריך: (יום/חודש/שנה)	עיר/יישוב ומדינה:
-------------------	-----------------------	-------------------

אני מאשר כי המבקש, או האפוטרופוס שלי, חתמו על טופס הבקשה בנוכחותי וכי זהותו/ה מאומתת על ידי:

<input type="checkbox"/> דרכון	מספר תעודת הזהות:
<input type="checkbox"/> מסמך זהות אחר (נא פרט):	

לתשומת לב: נדרש לצרף צילום של תעודת הזהות לבקשה זו כדי לוודא את זהות המבקש.

שם המאשר:

תואר:	ארגון:
-------	--------

תאריך (יום/חודש/שנה):	חתימה וחותמת המאשר:
-----------------------	---------------------

בקשות שלא נחתמו והחתימה עליהן לא אומתה כנדרש לעיל לא תטופלנה.

האם זכרת

- למלא את כל סעיפי הבקשה?
- לחתום, לציין תאריך ולאמת את הבקשה בפני קונסוליה גרמנית, בנק, נוטריון ציבורי, סוכנות שירות סוציאלי יהודית בעלת חותם, או בפני משרד ממשלתי במדינת ישראל?
- לצרף תעודה מזהה ממשלתית הכוללת את תמונתך והמתאימה לרשימה בסעיף הוכחת הזהות האימות?
- לצרף צילומים של כל המסמכים הנדרשים הנוספים?
 - תעודת לידה
 - מסמכים הקושרים בין שמך בלידה לבין שמך הנוכחי, כפי שרשמת אותו בטופס זה אם ציינת כי שמך השתנה, כגון תעודת נישואין או מסמך שינוי שם אחר
- מסמכים היכולים להעיד על המוצא היהודי שלך
- כל מסמך נוסף שייתכן שנמצא ברשותך, והיכול לבסס את השתתפותך בקינדרטרנספורט
- אישורים על תשלומי פיצויים קודמים, לפי העניין
- כרטיס ביטוח סוציאלי, אם את/ה תושב של ארצות הברית של אמריקה
- מסמכי הרשאה של האפוטרופוס, אם את/ ממלא/ת טופס בקשה זה בשם המבקש/ת
- לשמור אצלך העתק/צילום של טופס הבקשה המלא ושל כלל הצרופות?

הגשת הבקשה שלך

יש להגיש את טופס הבקשה **המקורי** לאחר מילוי כל פרטיו, החתום ומאומת/כולל אישור נוטריוני, יחד עם כל הצרופות, לאחת הכתובות הבאות:

- לתושבי קבע בישראל:
ועידת התביעות
ת"ד 20064
6129201 תל אביב
- לתושבי קבע בגרמניה:

CLAIMS CONFERENCE
GRAEFSTRASSE 97
60487 FRANKFURT AM MAIN

- לתושבי קבע בשאר מדינות העולם:

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