



הודעה לניצולי השואה שהושפעו מהמלחמה בישראל:

בעקבות האירועים הנוראיים של ה-7 באוקטובר והמלחמה שהתרחשה בעקבותיהם, הצליחה ועידת התביעות להבטיח תשלום חד פעמי ממשלת גרמניה לניצולי שואה שחיו באזורים שפוננו על ידי ממשלת ישראל ואשר עומדים בקריטריונים מסויימים.

תשלום חד פעמי בסך 1,200 אירו יועבר בדצמבר 2023 ישירות לחשבונות בנק של קורבנות יהודים של הנאצים שכתובתם הרשומה באזורים שפוננו בעקבות מלחמת חמאס ישראל.

תוכנית זו מיועדת לקורבנות יהודים של הנאצים עם הכנסה אישית שנתית מתחת למגבלות שנקבעו על ידי ממשלת גרמניה לקרן סעיף 2. הניצולים חייבים להיות בחיים בזמן התשלום. יורשים אינם זכאים לתוכנית זו.

על הפונים לעמוד בכל שלושת הקריטריונים הבאים:

1. הם חייבים להיות מי שנרדפו כיהודים במהלך השואה, לפי הקריטריונים שנקבעו על ידי ממשלת גרמניה. וגם;
2. הם חייבים להיות מי שהתגוררו באחד האזורים שפוננו על ידי ממשלת ישראל בעקבות מלחמת חמאס ישראל. וגם;
3. הם חייבים לעמוד במגבלות ההכנסה והנכסים שנקבעו על ידי ממשלת גרמניה עבור קרן סעיף 2.

אנא שימו לב, טופסי הבקשה המלאים והחתומים חייבים להתקבל במשרד ועידת התביעות בדואר באי-מייל עד ה-25.12.2023. טופסי בקשה שיגיעו לאחר מכן לא יתקבלו.

בכבוד רב,

ועידת התביעות



הקן של ועידת התביעות לפינוי בחרבות ברזל

אנא בצע' את השלבים הבאים כדי להגיש בקשה. איך צריך להגיש בקשה זו או עבור סיוע בהשלמתה. אם יש לך שאלות אנא התקשרי לועידת התביעות בתל אביב בטלפון 03-519-4400.

חלק 1 | מידע אישי

מה השם הנוכחי שלך?

שם משפחה	שם פרטי	שם משפחת האב
האם אי פעם השתמשת בשם אחר, לרבות שם נעורים?	שם פרטי	שם משפחת האב
שם משפחה	שם פרטי	שם משפחת האב

מגדר זכר נקבה

מספר תעודת הזהות שלך:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

האם אי פעם השתמשת בתאריך לידה אחר?

שנה	חודש	יום

מהו תאריך הלידה הרשמי שלך?

שנה	חודש	יום

היכן כתובת המגורים הרשומה שלך?

רחוב	בנין	דירה	עיר/ישוב
אזור	ארץ	מיקוד	
טלפון	דוא"ל (אי-מייל) נדרש מכיוון שזו שיטת התקשורת המועדפת עלינו בזמן שאתה רחוקה מביתך הקבוע		

אנו נוכל לדון בפרטי הפנייה שלך רק איתך או עם מישהו/י שציינת. אם יש מישהו/י שאת/ה רוצה לאפשר לנו לדבר איתו/ה או לכתוב לו/ה לגבי הבקשה שלך?

שם פרטי	שם משפחה	הקשר של איש הקשר עם הפונה
טלפון	דוא"ל	

חלק 2 | פיצויים מהעבר – אנא מלא/י רק אם לא קיבלת כל תשלום מועידת התביעות ב-12 החודשים האחרונים

האם פנית אי פעם לפיצויים עבור הרדיפה שלך? – אנא סמן/י כן לא

אם כן ואושרת לקבלת אותו הפיצוי, אנא סמן/י למי פנית למטה:

- למשרד האוצר לקבלת פיצוי מישראל (כיום, משולם על ידי הרשות לזכויות ניצולי שואה)
- ל-BEG (משולם על ידי ממשלת גרמניה)
- תשלומים על ידי ממשלת אוסטריה (לדוגמה, Pflegegeld, Opferfürsorge)

חלק 3 | הכנסה ונכסים – אנא מלא/י רק אם אינך מקבלת קצבה מועידת התביעות או שעות סיעוד מהקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל הממומנות על ידי ועידת התביעות

תשלום החירום כפוף למגבלות הכנסה ונכסים שנקבעו על ידי ממשלת גרמניה. בישראל מגבלת הנכסים היא 3,464,150 ₪ ומגבלת ההכנסה השנתית היא 173,200 ₪.

כן, אני מאשר/ת בזאת כי סך ההכנסות והנכסים שלי הם מתחת למגבלות הנדרשות.

חשוב

מגבלת ההכנסה לעיל היא ההכנסה נטו שלך לאחר ניכוי מסים. התשלומים הבאים אינם נחשבים כהכנסה: פנסיה ממשלתית; תשלומי תוכנית פרישה; פנסיה של חברה או עבודה; קצבאות נכות או ביטוח חיים. הנכסים אינם כוללים את מקום המגורים הראשי שלך. לפרטים נוספים ראה:

<https://www.claimscon.org/our-work/compensation/background/article2-article2/>

חלק 4 | פרטי בנק לתשלום – אנא מלא/י רק אם לא קיבלת תשלום מועידת התביעות ב-12 החודשים האחרונים

אנא אל תמלא/י את החלק הזה אם קיבלת תשלום מועידת התביעות ב-12 החודשים האחרונים.

אם בקשתך תאושר, התשלום שלך יופקד **בהעברה בנקאית** לחשבון הבנק ששימש לקבלת התשלום האחרון מועידת התביעות. אם לא קיבלת תשלום מועידת התביעות ב-12 החודשים האחרונים, נעביר את התשלום לחשבון הבנק המפורט

למטה. לא ניתן להוציא צ'קים. על הפונים להיות בחיים בזמן התשלום. יורשים אינם זכאים לקבל תשלום. אם אתה זקוק לסיוע בפרטי הבנק שלך, צור קשר עם הבנק שלך. **חשבון הבנק חייב להיות על שמך.**

	שם הבנק
	כתובת הבנק
	מספר סניף
	מספר חשבון
	IBAN

חלק 5 | הצהרה, הסכמה, חתימה

אנא קרא\י וחתום\י למטה:

על ידי מילוי טופס זה, אני מאשר\ת כי:

1. בתקופת השואה נרדפתי כיהודי\ה. וגם;
2. הכתובת הרשומה שלי נמצאת באזור שפונה עקב מלחמת חמאס ישראל. וגם;
3. שההכנסה והנכסים שלי עומדים במגבלות הקריטריונים שנקבעו על ידי ממשלת גרמניה לקרן סעיף 2 כמפורט למעלה.

בנוסף לכך, אני מצהיר\ה כי:

- אני מצהיר/ה בזאת כי כל האמור בהצהרות למעלה הם אמת.
- אני מודע/ת לכך כי מסירת תצהיר שקרי או כוזב יוביל לסירוב לבקשתי. החלטות חיוביות שיתקבלו על בסיס מידע כוזב יבוטלו ואני אחזיר לועידת התביעות את מלוא הכספים ששולמו לי.
- במקרה שבו תחול עלי 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 מסמיר\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 לבקשתי עבורי.

הסכמה

הנני מאשר/ת לרשויות, לבתי המשפט, לארכיונים ולמוסדות בגרמניה, בישראל (כגון הרשות לזכויות ניצולי שואה ומשרדי ממשלה אחרים בישראל) ובחוץ לארץ להעניק לועידת התביעות גישה למידע ולתיקי הפיצויים שלי, לרבות אלה המבוססים על חוק הפיצויים הפדרלי, חוקי והוראות הפיצויים של הממשלות המדינות הגרמניות, או קרנות הסיוע הגרמניות הפדרליות או המדינתיות עבור קורבנות הרדיפות הנצינל-סוציאליסטיות, חוק נכי רדיפות הנאצים וחוק ההטבות לניצולי שואה בישראליים, ולספק מידע אשר יידרש לשם בחינת בקשתי וביצועה.

ידוע לי כי מסמכים אלו ומידע זה עשויים לכלול גם את הקטגוריות המיוחדות הבאות של מידע אישי: שם; כתובת; גיל; תאריך לידה; מיגדר; השכלה, מקצוע, נתונים אישיים המגלים מוצא גזעי או אתני, דעות פוליטיות ואידאולוגיות, אמונות דתיות או חברות באיגוד עובדים, ונתונים הנוגעים לבריאות.

אני מבין/ה כי המידע האישי שלי הנאסף על ידי באמצעות טופס זה ועל אודות אנשים נוספים המוזכרים בו, ובכלל זה בני משפחתי, האפוסטרופוס 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.

העיבוד של הנתונים האלו משרת את המטרה של הטיפול בבקשתי לתשלום חירום מהקן של ועידת התביעות לפינוי בחרבות ברזל.

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, לדיעותי הפוליטיות והאידיאולוגיות, לאמונות הדתיות, לחברותי באיגוד עובדים, 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 זכאותי להטבות מתוכנית הפיצויים של ועידת התביעות שפורטו למעלה.
- 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 בזכויותי 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 יש לי את הזכות לבטל הסכמתי זו בכל עת. בכדי לבטל את הסכמתי, לממש את זכויותי על פי הודעת הפרטיות או כדי להעלות כל תלונה, אני מבין שעליי ליצור קשר עם ועידת התביעות בכתובת הדוא"ל privacy@claimscon.org או לת"ד 1215, ניו יורק, ניו יורק 10113, ארה"ב. ביטול ההסכמה לא ישפיע על החוקיות של הטיפול שנעשה על בסיס אותה הסכמה עד לביטולה. אני מבין שאם אבטל את הסכמתי, ייתכן שועידת התביעות לא תהיה מסוגלת לטפל בבקשתי או לציית לחובותיה בכל הנוגע לביצוע כל תשלום.

שם הפונה: _____ טלפון (נדרש): _____

חתימת הפונה: _____ תאריך: יום: _____ חודש: _____ שנה: _____

אנא ודא' שהטופס חתום ושלח' בדואר לכתובת למטה, או שלח' באי-מייל סריקה של הטופס הממולא אל ISEF@Claimscon.org. בקשות מלאות חייבות להתקבל **עד ה- 25 בדצמבר 2023**.

ועידת התביעות ת.ד. 20064 תל אביב 6120001