

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE PENSION/PAIEMENT UNIQUE/SERVICES DE PROTECTION SOCIALE**

Le dépôt d'un dossier auprès des programmes de la Claims Conference est gratuit. Vous n'avez à rétribuer personne pour obtenir ce formulaire de demande ou pour vous aider à le remplir. Afin d'obtenir une assistance gratuite pour remplir ce formulaire, vous pouvez contacter la Claims Conference ou un service social juif régional. Ces bureaux vous aideront gratuitement.

La Claims Conference finance les services de protection sociale et propose une indemnisation individuelle afin d'aider les victimes juives des persécutions nazies. Pour effectuer une demande auprès de l'un de ces programmes, vous devez remplir ce formulaire de demande.

Veillez remplir ce formulaire de demande en Anglais, en Allemand ou en Français et utiliser les LETTRES MAJUSCULES. Veillez à remplir tous les champs. Si vous ne disposez pas des informations requises, veuillez indiquer la mention « inconnu » dans le champ concerné. Si la question ne s'applique pas à votre situation, veuillez indiquer la mention « N/A » (non applicable) dans le champ concerné. Ceci nous permettra de traiter efficacement votre demande. Si vous avez besoin d'espace supplémentaire pour l'une des sections ci-dessous, veuillez joindre votre réponse sur une feuille de papier séparée. Merci.

Section 1 ➤ **Veillez nous en dire plus sur vous.****Quel est votre nom actuel ?**

Nom de famille : Prénom : Deuxième prénom ou nom patronymique :

Avez-vous déjà utilisé un autre nom ? Si oui, veuillez indiquer tous vos noms précédents (y compris votre nom de jeune fille) :

Nom de famille : Prénom : Deuxième prénom ou nom patronymique :

Où habitez-vous ?

Rue : Appt : Ville/Commune : Région/État/Province :
 Pays : Code postal : Téléphone : Adresse email :

Sexe : Homme Femme

Quelle est votre langue de correspondance préférée ?

Anglais Hébreu Français Russe Allemand Hongrois

Si nous ne parvenons pas à vous joindre, y a-t-il une personne que vous nous autorisez à contacter au sujet de votre demande ? Si oui, veuillez indiquer ci-dessous les coordonnées de cette personne.

Nom de famille : Prénom : Relation au/à la requérant/e :
 Rue : Appt : Ville/Commune : Région/État/Province :
 Pays : Code postal : Téléphone : Adresse email :

SECTION 1—SUITE

Quel est votre lieu de naissance ?

Ville/Commune de naissance :

Région de naissance :

Pays de naissance :

Quelle est votre date de naissance officielle ?

Jour : Mois : Année :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Avez-vous déjà utilisé une autre date de naissance ? Si oui, veuillez indiquer cette autre date.

Jour : Mois : Année :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Section 2 ➤ **Veuillez nous en dire plus sur votre conjoint(e) actuel(le).****Quel est le nom de votre conjoint(e) ?**

Nom de famille du/de la conjoint(e) :

Prénom du/de la conjoint(e) :

Quels sont la date et le lieu de naissance de votre conjoint(e) ?

Date de naissance :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Lieu de naissance (ville/commune, région, pays) :

Quels sont la date et le lieu de votre mariage ?

Date du mariage : (jour/mois/année)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Lieu du mariage (ville/commune, région, pays) :

Si votre conjoint(e) est décédé(e), veuillez indiquer sa date et son lieu de décès.

Date de décès du/de la conjoint(e) (le cas échéant) :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Lieu de décès du/de la conjoint(e) (le cas échéant) :

Section 3 ➤ **Veuillez nous en dire plus sur vos enfants.**

Nom de famille de l'enfant : Prénom de l'enfant : Date de naissance : Lieu de naissance (ville/commune, région, pays) :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nom de famille de l'enfant : Prénom de l'enfant : Date de naissance : Lieu de naissance (ville/commune, région, pays) :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nom de famille de l'enfant : Prénom de l'enfant : Date de naissance : Lieu de naissance (ville/commune, région, pays) :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nom de famille de l'enfant : Prénom de l'enfant : Date de naissance : Lieu de naissance (ville/commune, région, pays) :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Section 4 > Veuillez nous en dire plus sur votre mère.

Quel est le nom de votre mère ?

Nom de famille :

Prénom :

Deuxième prénom ou nom patronymique :

Votre mère a-t-elle porté d'autres noms dans le passé (y compris son nom de jeune fille) ?

Nom de famille :

Prénom :

Deuxième prénom ou nom patronymique :

Nom de famille :

Prénom :

Deuxième prénom ou nom patronymique :

Quel est le lieu de naissance de votre mère ?

Ville/Commune de naissance :

Région de naissance :

Pays de naissance :

Quelle est la date de naissance officielle de votre mère ?

Jour : Mois : Année :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Votre mère a-t-elle déjà utilisé une autre date de naissance ? Si oui, veuillez indiquer cette autre date.

Jour : Mois : Année :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Si votre mère est décédée, veuillez indiquer sa date et son lieu de décès.

Date de décès de votre mère (le cas échéant) :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Lieu de décès de votre mère (le cas échéant) :

Section 5 > Veuillez nous en dire plus sur votre père.

Quel est le nom de votre père ?

Nom de famille de votre père :

Prénom de votre père :

Deuxième prénom ou nom patronymique :

Votre père a-t-il porté d'autres noms dans le passé ?

Nom de famille :

Prénom de votre père :

Deuxième prénom ou nom patronymique :

Nom de famille :

Prénom de votre père :

Deuxième prénom ou nom patronymique :

Quel est le lieu de naissance de votre père ?

Ville/Commune de naissance :

Région de naissance :

Pays de naissance :

SECTION 5—SUITE

Quelle est la date de naissance officielle de votre père ?

Jour : Mois : Année :

--	--	--

Votre père a-t-il déjà utilisé une autre date de naissance ? Si oui, veuillez indiquer cette autre date.

Jour : Mois : Année :

--	--	--

Si votre père est décédé, veuillez indiquer sa date et son lieu de décès.

Date de décès de votre père (le cas échéant) : Lieu de décès de votre père (le cas échéant) :

--	--	--

--

Section 6 ➤ **Veuillez nous en dire plus sur vos frères et sœurs.**

Nom de famille du frère/de la sœur : Prénom du frère/de la sœur : Date de naissance : Date de décès (le cas échéant) :

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

Nom de famille du frère/de la sœur : Prénom du frère/de la sœur : Date de naissance : Date de décès (le cas échéant) :

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

Nom de famille du frère/de la sœur : Prénom du frère/de la sœur : Date de naissance : Date de décès (le cas échéant) :

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

Nom de famille du frère/de la sœur : Prénom du frère/de la sœur : Date de naissance : Date de décès (le cas échéant) :

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

Section 7 ➤ **Veuillez nous indiquer où vous vous trouviez avant la guerre.**

Remarque : Si vous êtes né(e) pendant ou immédiatement après la guerre, veuillez répondre aux questions suivantes dans la perspective de votre mère :

Où se trouvait votre domicile avant la guerre ?

Ville/Commune :

Région :

Pays :

--

--

--

Si vous n'étiez pas chez vous lorsque la guerre vous a touché/e, veuillez nous indiquer où vous étiez et pour quelle/s raison/s :

Ville/Commune :

Région :

Pays :

--

--

--

Motif de ma présence (par exemple: école, vacances, visite dans la famille, etc.) :

Section 8 > Veuillez nous parler de votre expérience pendant la guerre.

Remarque : Si votre mère était enceinte de vous pendant sa persécution, veuillez répondre aux questions suivantes dans la perspective de votre mère.

Avez-vous été persécuté(e) en tant que juif(ve) par les nazis ou leurs alliés ? Oui Non

De quelle façon avez-vous été persécuté(e) par les nazis et/ou par leurs alliés ?

Avez-vous été envoyé(e) dans un camp ou un lieu d'incarcération similaire ? Oui Non

Étiez-vous dans un ghetto ? Oui Non

Avez-vous été contraint(e) d'effectuer un travail forcé ? Oui Non

Avez-vous vécu caché(e) ou sous une fausse identité ? Oui Non

Avez-vous été contraint(e) de vivre dans un endroit précis ? Oui Non

Étiez-vous soumis(e) à un couvre-feu ? Oui Non

Avez-vous été contraint(e) de porter l'étoile jaune ? Oui Non

Étiez-vous à Leningrad à un moment donné pendant le siège ? Oui Non

Avez-vous fui pour échapper à la persécution nazie ? Oui Non

Avez-vous subi un autre type de persécution nazie ? Oui Non

Veuillez préciser :

Pour toutes les questions précédentes auxquelles vous avez répondu « Oui », veuillez nous fournir plus de détails en remplissant les champs ci-dessous.

Si vous avez besoin de place supplémentaire, veuillez utiliser une feuille de papier séparée.

Il n'est pas nécessaire de remplir toutes les sections ci-dessous, seulement la/les section/s qui vous concerne(nt).

J'ai été envoyé(e) dans un camp ou un lieu d'incarcération similaire.

Du (date) :	Au (date) :	Nom du/des camp(s) :	Noms des personnes qui étaient avec vous et nature de votre relation (membres de la famille, amis, autres) :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Du (date) :	Au (date) :	Nom du/des camp(s) :	Noms des personnes qui étaient avec vous et nature de votre relation (membres de la famille, amis, autres) :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

J'étais dans un ghetto.

Du (date) :	Au (date) :	Nom du/des ghetto(s) :	Noms des personnes qui étaient avec vous et nature de votre relation (membres de la famille, amis, autres) :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Du (date) :	Au (date) :	Nom du/des ghetto(s) :	Noms des personnes qui étaient avec vous et nature de votre relation (membres de la famille, amis, autres) :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECTION 8—SUITE

J'ai été contraint(e) de travailler (dans un camp, dans un ghetto, en vivant à mon domicile, etc.)

Du (date) :	Au (date) :	Lieu(x) de persécution :	Noms des personnes qui étaient avec vous et nature de votre relation (membres de la famille, amis, autres) :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Du (date) :	Au (date) :	Lieu(x) de persécution :	Noms des personnes qui étaient avec vous et nature de votre relation (membres de la famille, amis, autres) :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

J'ai vécu caché(e) ou sous une fausse identité.

Du (date) :	Au (date) :	Lieu(x) de persécution :	Noms des personnes qui étaient avec vous et nature de votre relation (membres de la famille, amis, autres) :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Du (date) :	Au (date) :	Lieu(x) de persécution :	Noms des personnes qui étaient avec vous et nature de votre relation (membres de la famille, amis, autres) :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Qui vous a caché(e) ?

Nom :	Nature de votre Relation :
<input type="text"/>	<input type="text"/>

J'ai été contraint(e) de fuir mon lieu de résidence.

Du (date) :	Au (date) :	Lieu(x) de persécution, y compris les étapes sur votre route :	Noms des personnes qui étaient avec vous et nature de votre relation (membres de la famille, amis, autres) :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Du (date) :	Au (date) :	Lieu(x) de persécution, y compris les étapes sur votre route :	Noms des personnes qui étaient avec vous et nature de votre relation (membres de la famille, amis, autres) :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

J'ai souffert d'un autre type de persécution.

Du (date) :	Au (date) :	Lieu(x) de persécution :	Noms des personnes qui étaient avec vous et nature de votre relation (membres de la famille, amis, autres) :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Du (date) :	Au (date) :	Lieu(x) de persécution :	Noms des personnes qui étaient avec vous et nature de votre relation (membres de la famille, amis, autres) :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECTION 8—SUITE

Veillez fournir une brève description de votre persécution et donner des détails sur les dates et lieux de votre persécution. Si vous avez besoin de place supplémentaire, veuillez utiliser une feuille de papier séparée.

Section 9 > Où Etiez-vous à la Libération ?

Ville/Commune :

Région :

Pays :

Où avez-vous habité depuis la Libération ? Veuillez indiquer tous vos pays de résidence depuis la Libération jusqu'à aujourd'hui. Si vous avez déjà habité en Allemagne, veuillez à indiquer également les villes et les régions (i.e. les Länder).

Pays (si Allemagne, inclure la ville et la région) :

Depuis l'année :

Jusqu'à l'année :

Pays (si Allemagne, inclure la ville et la région) :

Depuis l'année :

Jusqu'à l'année :

Pays (si Allemagne, inclure la ville et la région) :

Depuis l'année :

Jusqu'à l'année :

Pays (si Allemagne, inclure la ville et la région) :

Depuis l'année :

Jusqu'à l'année :

Section 10 Indemnisation précédente

Avez-vous déjà déposé une demande d'indemnisation pour votre persécution ? Oui Non

Si oui, avez-vous déjà reçu une indemnisation pour votre persécution ? Oui Non

Veillez indiquer, le cas échéant, la liste des programmes auprès desquels vous avez déjà déposé une demande et si vous avez touché une indemnisation.

Si vous recevez/avez reçu une indemnisation pour votre persécution, veuillez joindre tout document concernant ce paiement.

Fonds ou programme :

Pays :

Paiement unique ou pension : Unique Pension

Avez-vous obtenu un paiement ? Oui Non

Fonds ou programme :

Pays :

Paiement unique ou pension : Unique Pension

Avez-vous obtenu un paiement ? Oui Non

Fonds ou programme :

Pays :

Paiement unique ou pension : Unique Pension

Avez-vous obtenu un paiement ? Oui Non

Fonds ou programme :

Pays :

Paiement unique ou pension : Unique Pension

Avez-vous obtenu un paiement ? Oui Non

Section 11 Citoyenneté

Les informations sur les pays dont vous avez été ressortissant nous aident à étudier votre dossier.

Nota : Veuillez indiquer, le cas échéant, les périodes pendant lesquelles vous étiez apatride.

Pays :

Depuis l'année :

Jusqu'à l'année :

Pays :

Depuis l'année :

Jusqu'à l'année :

J'étais citoyen(ne) de/du/des:

Pays (y compris pour les périodes pendant lesquelles vous étiez apatride) :

Depuis l'année :

Jusqu'à l'année :

Pays (y compris pour les périodes pendant lesquelles vous étiez apatride) :

Depuis l'année :

Jusqu'à l'année :

Pays (y compris pour les périodes pendant lesquelles vous étiez apatride) :

Depuis l'année :

Jusqu'à l'année :

Section 12 > Revenus/Actifs

Certains programmes de la Claims Conference sont soumis au plafond du revenu et patrimoine fixé par le Gouvernement Allemand. Le tableau ci-dessous indique le plafond actuel du revenu et du patrimoine pour ces programmes.

REMARQUE : Le revenu est défini comme revenu annuel net après déduction faite des impôts et ne doit pas inclure ce qui suit : pensions d'Etat, versements des régimes de retraite tels que 401(k), pensions d'entreprise ou d'employeur, pensions d'invalidité ou d'assurance-vie. Le patrimoine est défini comme patrimoine net et ne comprend pas votre résidence principale. S'il s'agit d'un patrimoine commun, veuillez n'indiquer que votre part.

DEVISE	PLAFOND DU REVENU ANNUEL	PLAFOND DU PATRIMOINE
Dollar américain (USD)	25 000 \$	500 000 \$
Shekel israélien (ILS)	114 816 ₪	2 297 350 ₪
Euro (EUR)	21 079 €	422 205 €
Dollar canadien (CAD)	29 103 \$	583 010 \$
Dollar australien (AUD)	34 201 \$	685 130 \$
Livre sterling (GBP)	16 430 £	328 292 £
Réal brésilien (BRL)	58 190 R\$	1 165 650 R\$

au 1er Juillet 2013

Les plafonds de chaque devise sont fixés par le Gouvernement Allemand selon une procédure spéciale de calcul de taux de change. Pour les devises qui ne sont pas indiquées ci-dessus, veuillez contacter la Claims Conference ou consulter notre site Web : www.claimscon.org.

Veuillez cocher la case ci-dessous pour confirmer que votre revenu et votre patrimoine sont en-dessous des plafonds.

Mon patrimoine et mon revenu annuel sont en-dessous des plafonds indiqués.

Section 13 > Services de protection sociale

Avec ce formulaire, vous demandez un paiement unique, une rente mensuelle ou les prestations d'un service social. Si vous avez déposé une demande pour obtenir uniquement les prestations d'un service social sans souhaiter percevoir une indemnisation sous la forme d'un paiement unique ou d'une rente, veuillez le confirmer en cochant la case ci-dessous :

Je ne dépose pas de demande pour obtenir une indemnisation financière. Je ne demande qu'une prestation d'un service social.

Section 14 Informations bancaires

En cas de décision positive, le paiement sera plus rapide si nous disposons d'informations sur votre compte bancaire. Si vous ne demandez pas d'indemnisation financière, veuillez laisser cette section vide.

Remarque : La Claims Conference n'effectuera le/les virement/s que sur un compte bancaire à votre nom.

Nom de la banque

Adresse de la banque

Numéro de compte ou numéro IBAN

ABA Routing Code, numéro d'acheminement ABA (résidents des États-Unis) /

Sortcode, code de la banque (résidents du Royaume-Uni) / Code SWIFT (pour tous les autres pays)

Pour les résidents israéliens **uniquement** : Numéro d'agence bancaire

Pour les résidents canadiens **uniquement** : Numéro de domiciliation et de la banque

Pour les citoyens australiens **uniquement** : Bank State Branch ("BSB"/Numéro d'agence bancaire)

Section 15 Documents requis

Preuve d'identité

Pour compléter votre demande, veuillez nous fournir une copie certifiée conforme à l'original d'une pièce d'identité en cours de validité délivrée par les autorités gouvernementales. Cette pièce d'identité doit comprendre votre photo et votre signature.

Quel type de pièce d'identité présentez-vous ?

Passeport Carte nationale d'identité Permis de conduire Autre (veuillez préciser) : _____

Quel est le numéro d'identification inscrit sur cette pièce d'identité ?

Quel est le pays d'émission ?

Quelle est sa date d'émission ?

--	--	--

Jour : Mois : Année :

Quelle est sa date d'expiration ?

--	--	--

Jour : Mois : Année :

Uniquement pour les résidents actuels des États-Unis :

Vous devez également fournir une copie certifiée conforme à l'original de votre carte de sécurité sociale.

Quel est votre numéro de sécurité sociale ?

Uniquement pour les requérants ayant résidé ou résidant actuellement en Israël :

Quel est votre numéro d'identification en Israël ?

SECTION 15—SUITE**Autres documents requis**

En plus de votre pièce d'identité avec photo délivrée par les autorités gouvernementales, veuillez fournir les copies certifiées conformes à l'original des documents suivants :

- Acte de naissance
- Documents reliant votre nom de naissance à votre nom actuel (si vous avez indiqué que votre nom a changé), soit un certificat de mariage ou tout autre document de changement de nom
- Documents attestant de votre ascendance juive si vous avez indiqué que vous avez été persécuté(e) en tant que juif(ve)
- Tout document supplémentaire dont vous disposez et susceptible d'étayer votre demande

Remarque : Représentants légaux/Tuteurs

Si le requérant/la requérante est dans l'incapacité de signer ce formulaire, un représentant légal peut signer en son nom. En plus des documents obligatoires indiqués ci-dessus, veuillez fournir les documents suivants :

- Copie certifiée conforme à l'original d'une procuration ou tout autre document indiquant la tutelle légale
- Copie conforme à l'original de la pièce d'identité du représentant légal, délivrée par les autorités gouvernementales
- Lettre signée et écrite sur papier à en-tête d'un médecin ou d'un professionnel de santé en charge du/de la requérant/e ou copie d'une facture récente ou d'un relevé bancaire récent au nom du/de la requérant/e.

Nombre total des pages jointes à cette demande : _____

Instructions pour la certification

Les instances suivantes peuvent certifier vos documents :

- Notaire
- Consulat d'Allemagne
- Banque
- Bureau de l'administration israélienne
- Service social juif possédant un sceau (tampon)
- Bureau Amcha (en Israël)
- Mairie/Hôtel de ville (en Europe)

Pour que la certification soit valide, chaque document doit posséder toutes les caractéristiques suivantes :

1. Cachet de l'autorité de certification
2. Nom complet (en lettres d'imprimerie) de la personne certifiant le document
3. Fonction (par exemple le titre) de la personne certifiant le document
4. Signature de la personne certifiant le document
5. Date de certification

Section 16 Déclaration

- Je déclare que toutes les affirmations susmentionnées et ci-jointes sont vraies.
- Je suis conscient(e) que si mes déclarations sont sciemment erronées, ma demande sera rejetée. Les décisions positives fondées sur de fausses informations seront annulées et je rembourserai la somme totale qui m'a été versée par la Claims Conference.
- Si je suis obligé(e), sur la base de la présente déclaration ou d'une autre, de rembourser à la Claims Conference les versements qu'elle a effectués en ma faveur, j'accepte par la présente de prendre également à ma charge le remboursement des frais ou dépenses engagés par la Claims Conference pour obtenir le remboursement de ces versements.
- Par la présente, je comprends et je reconnais que les critères d'éligibilité sont fondés uniquement sur le droit allemand. Par la présente, j'accepte sans réserve que le Tribunal de Francfort-sur-le-Main, en Allemagne, soit la Cour de juridiction exclusive. J'accepte également que tout litige relèvera des Lois de la République Fédérale d'Allemagne.
- J'ai conscience de n'avoir aucun droit légal pour obtenir assistance. Sans déroger à ce qui est indiqué plus haut, je renonce irrévocablement, sauf disposition contraire de la loi, à toute requête en cours ou à venir à l'encontre de la Conference on Jewish Material Claims against Germany en rapport ou en lien direct avec la présente demande ou le traitement de celle-ci.
- J'autorise par la présente la Claims Conference à faire vérifier tous les documents me concernant par les autorités, tribunaux, archives et institutions en Allemagne et à l'étranger, et à obtenir par ces moyens tous renseignements et documents me concernant. J'autorise la Claims Conference à déléguer ce pouvoir à un tiers à cette fin. Je suis conscient(e) et j'accepte que les données en lien avec cette demande soient transmises aux bureaux de la Claims Conference afin d'être traitées, y compris mais sans s'y limiter, aux bureaux aux États-Unis, en Allemagne et en Israël. J'accepte également que mes données personnelles soient mises à la disposition du Ministère Allemand des Finances et de la Cour fédérale des comptes uniquement à des fins de vérification et d'audit, dans le cadre des dispositions en matière de protection des données de la République fédérale d'Allemagne. Je comprends et j'accepte que les informations que j'ai fournies, susceptibles de contenir des renseignements personnels, puissent être examinées, enregistrées, copiées, utilisées et transférées dans le monde entier. En outre, j'accepte que la Claims Conference utilise les renseignements personnels contenus dans le présent document afin de me fournir des informations supplémentaires concernant les programmes d'indemnisation ou les avantages sociaux dont peuvent bénéficier les victimes des nazis.
- J'accepte que la Claims Conference demande des informations et des documents complémentaires pour traiter ma demande.
- J'accepte que la Claims Conference décide en mon nom des programmes d'indemnisation qui correspondent à ma demande.

Signature du/de la requérant/e :

Date (jour/mois/année) :

Ville/Commune et pays :

	<table border="1"> <tr> <td style="width: 33%; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%; height: 20px;"></td> </tr> </table>				

Si le/la requérant/e est dans l'incapacité de signer ce formulaire, son représentant légal peut signer en son nom.

Signature du représentant légal :

Date (jour/mois/année) :

Ville/Commune et pays :

	<table border="1"> <tr> <td style="width: 33%; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%; height: 20px;"></td> </tr> </table>				

Les demandes doivent être légalisées soit par un notaire, une banque, un consulat d'Allemagne, un centre de service social juif possédant un sceau (tampon) ou par un bureau de l'administration israélienne.

La signature du/de la requérant/e ou de son représentant légal nommé ci-dessus est légalisée par confirmation de l'identité sur présentation du document suivant :

Je confirme que le/la requérante ou son représentant légal a signé le formulaire en ma présence et que son identité a été confirmée par :

Son Passeport Autre document d'identité (veuillez préciser) : _____

Numéro du document : _____

Remarque : une copie conforme à l'original de la pièce d'identité utilisée pour confirmer l'identité doit être jointe à cette demande.

Nom de la personne habilitée à certifier les documents :

Fonction :

--	--

Organisation :

Date (jour/mois/année) :

	<table border="1"> <tr> <td style="width: 33%; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%; height: 20px;"></td> </tr> </table>			

Signature et cachet du certificateur :

LES DEMANDES QUI NE SONT PAS SIGNÉES ET LÉGALISÉES EN BONNE ET DUE FORME NE SERONT PAS TRAITÉES.

Section 17 > Envoi de votre demande

Le formulaire de demande dûment rempli, signé et légalisé, doit être envoyé dans sa version originale avec les pièces jointes à l'une des adresses suivantes.

Pour les résidents permanents de l'ex-Union soviétique :

CLAIMS CONFERENCE - LOGISTICAL DEPARTMENT
GRAEFSTRASSE 97
60487 FRANKFURT AM MAIN
ГЕРМАНИЯ/ALLEMAGNE

Pour les résidents permanents d'Israël et d'Europe de l'Est :

CLAIMS CONFERENCE
P.O. BOX 29254
6129201 TEL AVIV
ISRAËL

Pour les résidents permanents d'Europe et d'Afrique du Nord :

CLAIMS CONFERENCE
GRAEFSTRASSE 97
60487 FRANKFURT AM MAIN
ALLEMAGNE

Pour les résidents permanents d'Amérique du Nord, d'Amérique du Sud, d'Australie et du reste du monde :

CLAIMS CONFERENCE
1359 BROADWAY
ROOM 2000
NEW YORK, NY 10018
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

STOP ! Avez-vous bien :

- Rempli toutes les sections de ce formulaire?
- Signé, daté et fait légaliser le formulaire conformément aux instructions ?
- Joint pièce d'identité avec photo délivrée par les autorités gouvernementales (conformément au document mentionné dans la section «Preuve d'identité» et la section »Légalisation») ?
- Joint les copies certifiées conformes à l'original de tous les autres documents requis?
 - Acte de naissance
 - Documents reliant votre nom de naissance à votre nom actuel (si vous avez indiqué que votre nom a changé), soit un certificat de mariage ou tout autre document de changement de nom
 - Documents attestant de votre ascendance juive si vous avez indiqué que vous avez été persécuté(e) en tant que juif(ve)
 - Tout document supplémentaire dont vous disposez et susceptible d'étayer votre demande
 - Le cas échéant, un/des document/s concernant une indemnisation déjà perçue.
 - Carte de sécurité sociale si vous êtes résident des États-Unis d'Amérique
 - Procuration et mandat (si vous remplissez cette demande au nom du/de la requérant/e)
- Photocopier toutes les pages du formulaire de demande et de toutes les pièces jointes pour les conserver dans vos dossiers ?