



הנדון: טופס לקבלת תשלום מקרן סולידריות לישראל (SFI)

הרינו מבקשים להביא לידיעתכם כי בעקבות משא ומתן שנוהל עם גרמניה, הוחלט על תשלום מענק חד פעמי בסך 220 אירו לכלל ניצולי השואה החיים בארץ, וזאת כהבעת תמיכה והזדהות של גרמניה עם השפעות המלחמה ואירועי 7 באוקטובר.

רוב הניצולים בישראל הזכאים כבר קיבלו את אותו המענק במהלך שנת 2024, וניצולים אחרים בקשתם למענק נבדקת על ידי ועידת התביעות.

הטופס המצ"ב מיועד לניצולים שלא קיבלו את התשלום ואשר מעולם לא פנו לוועידת התביעות לקבל את אותו מענק או כל תשלום אחר (ניצולים שכבר הוכרו בעבר לתשלום אחר מוועידת התביעות מוזמנים להתקשר ולקבל טופס מקוצר).

- בכדי לקבל את התשלום, על אותם ניצולים לעמוד בכל הקריטריונים הבאים:
- הכרה כיהודים קורבנות הנאצים על פי הקריטריונים שנקבעו על ידי ממשלת גרמניה.
- מגורים בישראל החל מ-1 בינואר 2024.
- הניצולים חייבים להיות בחיים בזמן התשלום. יורשים אינם זכאים לתוכנית זו.

לשאלות יש להתקשר לוועידת התביעות בתל אביב בטלפון 03-5194400.

טופסי בקשות שהושלמו צריכים להגיע לוועידת התביעות עד ה 31 בדצמבר 2024:

- באמצעות דוא"ל: sfi@claimscon.org או
- באמצעות פקס: 03-624-1056 או
- באמצעות דואר: ת.ד. 20064 תל אביב, ישראל 6120001

אינכם צריכים לשלם כל תשלום שהוא עבור טופס הבקשה, או עבור סיוע במילוי שלו.

אין צורך למלא ולשלוח את אותו הטופס במידה וכבר שלחתם לה טופס אחר לאותו המענק או אם כבר קיבלתם את אותו מענק ע"ס 220 אירו.

בכבוד רב,

ועידת התביעות

קרן סולידריות לישראל

מה שמך הנוכחי?

שם פרטי

שם משפחה

שם הנעורים

אנא ציין/י את מספר הזהות הישראלי שלך

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

האם השתמשת בתאריך לידה אחר?

מהו תאריך הלידה הרשמי שלך?

| | | |
|-----|------|-----|
| שנה | חודש | יום |
| | | |

| | | |
|-----|------|-----|
| שנה | חודש | יום |
| | | |

היכן נולדת?

| | | |
|-------|-------|-----|
| מדינה | איזור | עיר |
| | | |

אנא סמן את תיבות הסימון עבור כל סוגי הרדיפה אשר חווית:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> מאסר בגטו. | <input type="checkbox"/> מחנה ריכוז או מחנה עבודה. |
| <input type="checkbox"/> עוצר (מותר לצאת מהבית רק בשעות מסוימות של היום). | <input type="checkbox"/> חיים במסתור עם מעט או ללא מגע עם העולם החיצון. |
| <input type="checkbox"/> טלאי צהוב (כפיה לענוד טלאי צהוב או סמל מזהה אחר). | <input type="checkbox"/> חיים בזהות בדויה (למשל חיית בזהות בדויה, לא יהודית). |
| <input type="checkbox"/> מגורים בכפייה / יישוב מחדש (כפיה לגור במקום מסוים) אחר | <input type="checkbox"/> בריחה (בריחה ממקום מגוריך עקב חשש לרדיפה מתקרבת). |

נא רשום/י את כל המקומות שבהם היית בתקופת הרדיפה והמלחמה (1933 – 1945) והסבר/י בקצרה את סוגי הרדיפות שחווית:

| מ: | אל: | מקום: | תיאור קצר של סוג הרדיפה: |
|----|-----|-------|--------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

האם אי פעם השתמשת בשם אחר, כולל שם נעורים?
יש לצרף כל מסמך הנוגע לשינוי כגון תעודת נישואין או מסמך אחר לשינוי שם.

| | | |
|---------|----------|-----------|
| שם פרטי | שם משפחה | שם נעורים |
| שם פרטי | שם משפחה | שם נעורים |

מין זכר נקבה

מה הכתובת שלך?

| | | |
|--------|-------|-----------|
| רחוב | בנין | מספר דירה |
| עיר | מיקוד | מדינה |
| אימייל | טלפון | |

אנו יכולים לדון בפרטי התביעה שלך רק איתך או עם מישהו/י שהנך מעוניין/ת לציין. האם יש מישהו/י שברצונך לאפשר לנו לדבר או להתכתב עימו/ה בנוגע לתביעתך?

| | | |
|---------|----------|------------------|
| שם פרטי | שם משפחה | סוג הקשר למבקש/ת |
| אימייל | טלפון | |

אנא רשום/י מידע רלוונטי על בני המשפחה שלך (יש להוסיף דפים נוספים אם יש לך עוד אחים/אחיות):

| אם | | | |
|--------------|-------------|---------------------------------|----|
| תאריך לידה | תאריך פטירה | שם (כולל שמות קודמים/שם נעורים) | |
| | | | |
| אב | | | |
| תאריך לידה | תאריך פטירה | שם (כולל שמות קודמים) | |
| | | | |
| אח/ות | | | |
| תאריך לידה | מקום לידה | תאריך פטירה | שם |
| | | | |
| אח/ות | | | |
| תאריך לידה | מקום לידה | תאריך פטירה | שם |
| | | | |
| אח/ות | | | |
| תאריך לידה | מקום לידה | תאריך פטירה | שם |
| | | | |

פיצוי קודם

האם אי פעם הגשת בקשה לפיצוי בגין הרדיפה אשר חווית? כן לא

אם כן, ובקשתך אושרה, אנא סמן/י את כל סוגי הפיצויים (אם ידוע, נא הוסף/י את סוג התשלום/התשלומים שאתה מקבל/ת ומספרי רישום ועותקים של כל קבלה אשר ברשותך):

- ועידת התביעות:
- הרשות לזכויות ניצולי השואה בישראל (תשלום על ידי ממשלת ישראל):
- BEG (בתשלום על ידי ממשלת גרמניה):
- תשלומים שבוצעו על ידי ממשלת אוסטריה (למשל, Pflegegeld, Opferfürsorge):
- אחר; בבקשה פרט/י:

פרטי תשלום

אם בקשתך תאושר, התשלום שלך יופקד בהעברה בנקאית. לא ניתן להנפיק צ'קים. אם אתה זקוק/ה לסיוע בפרטי הבנק שלך, צור/י קשר עם הבנק שלך. חשבון הבנק חייב להיות על שמך.

| | |
|------------|--|
| שם הבנק | |
| כתובת הבנק | |
| מספר הסניף | |
| מספר חשבון | |
| IBAN | |

הצהרה, הסכמה, חתימה

על הטופס להיות חתום על ידי המבקש/ת או אפוטרופוס/ית.

| יום | חודש | שנה | חתימת המבקש/ת |
|--|------|-----|--------------------|
| אם המבקש/ת אינו/ה יכול/ה לחתום על טופס בקשה זה, האפוטרופוס/ית שלו/ה רשאי/ת לחתום בשמו/ה. | | | |
| יום | חודש | שנה | חתימת אפוטרופוס/ית |
| | | | |

אפוטרופוסים מורשים

- אם המבקש/ת אינו/ה יכול/ה לחתום על טופס בקשה זה, האפוטרופוס שלו/ה רשאי/ת לחתום בשמו/ה. על האפוטרופוס/ית להגיש את כל המסמכים הבאים:
- צילום של ייפוי כוח או מסמך אחר המעניק אפוטרופוסות חוקית.
 - צילום של תעודת הזהות הממשלתית של האפוטרופוס/ית.

• טופס רופא מלא אשר ניתן להוריד מאתר האינטרנט שלנו, www.claimscon.org/doctor

מסמכים

אנא שלח/י יחד עם טופס הבקשה צילום של תעודת זהות שהונפקה על ידי הממשלה והעתק של תעודת הלידה שלך. אם אי פעם שינית את שמך, אנא שלח/י גם מסמכים המעידים על שינוי שמך (למשל תעודת נישואין).

הצהרה

- אני מצהיר/ה שכל ההצהרות לעיל נכונות.
- אני מודעת/ת לכך שהצהרות לא נכונות ביודעין יגרמו לדחייה. החלטות חיוביות שיתקבלו על מידע כוזב יבוטלו ואחזיר את מלוא הסכום ששולם לי לועידת התביעות.
- במקרה שאהיה מחויבת/ת, על פי הצהרה זו או אחרת, להחזיר את התשלום לוועידת התביעות, אני מסכים/ה בזאת שאהיה חייבת/ת גם להחזיר לוועידת התביעות בגין כל עלויות והוצאות שייגרמו לוועידת התביעות בקשר להשגת החזרת התשלומים כאמור.
- אני מבין/ה ומסכים/ה בזאת שהקריטריונים לזכאות מבוססים אך ורק על החוק הגרמני. אני מסכים/ה בזאת ללא תנאי כי פרנקפורט אם מיין, שבגרמניה הוא בית המשפט בעל סמכות השיפוט הבלעדית. אני גם מסכים שכל מחלוקת תוכרע על פי חוקי הרפובליקה הפדרלית של גרמניה.
- ידוע לי שאין לי זכאות חוקית לקבלת סיוע. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, אני מוותר/ת באופן בלתי הפיך - ככל שהדבר קביל מבחינה משפטית - על כל טענה שיש לי או עשויה לטעון מאוחר יותר נגד הוועידה לתביעות חומריות יהודיות נגד גרמניה הקשורות לבקשה זו או לטיפול בה.
- אני מאשר/ת בזאת לוועידת התביעות לבקש ולעיין בכל מסמכים ומידע מהארכיונים, כגון רשויות השיפוי הפדרליות של גרמניה ורשויות אחרות, הקשורים אליי (המבקש/ת), או לאחיי ולהורי אשר יתכן כי אינם בחיים.
- אני מסכים/ה שוועידת התביעות עשויה לבקש מידע ומסמכים נוספים כדי לטפל בבקשתי.
- אני מסכים/ה כי ועידת התביעות עשויה לקבוע תוכניות פיצויים נוספות המתאימות לבקשתי בשמי.

הסכמה

- אני מאשר/ת לרשויות, בתי המשפט, הארכיונים והמוסדות בגרמניה, בישראל (כגון הרשות לזכויות ניצולי השואה, הלשכה לפיצויים אישיים מחו"ל, ומשרדי ממשלה אחרים בישראל) ומחוצה לה להעניק לוועידת התביעות גישה למידע שלי (כולל, אך לא רק, איזו קצבה אני מקבלת), תיקי תיעוד ופיצויים, לרבות אלה המבוססים על ה- **Wiedergutmachung** של ממשלות המדינה הגרמנית, או קרנות סיוע גרמניות או מדינתיות לקורבנות הרדיפה הלאומית-סוציאליסטית, חוק נכי רדיפות הנאצים בישראל או חוק ההטבות לניצולי שואה, כדי לספק מידע הדרוש לבחינה וביצוע של הבקשה שלי.
- אני נותן/ת הסכמתי לרשות לזכויות ניצולי השואה ולמשרדי ממשלה אחרים בישראל למתן אישור חיים שלי הדרוש למתן לתשלום עבורי מכל קרן של ועידת התביעות (לרבות תשלומים עתידיים או קרנות עתידיות) המנהלים על ידי ועידת התביעות.
- אני מודעת/ת לכך שמסמכים אלה והמידע עשויים לכלול גם את הקטגוריות המיוחדות הבאות של מידע אישי: שם, כתובת, גיל, תאריך לידה, מין, השכלה, מקצוע, נתונים אישיים החושפים מוצא גזעי או אתני, דעות פוליטיות או אידיאולוגיות, דתות אמונות או חברות באיגוד ונתונים הנוגעים לבריאות.
- אני מבין/ה שמידע הנוגע אליי שנאסף בטופס זה, ושאר האנשים שמתייחסים אליהם בטופס זה, כולל המשפחה, האפוטרופוס או הרופא שלי ("צדדים שלישיים") יעובד בהתאם להודעת הפרטיות של ועידת התביעות שניתן למצוא בכתובת <http://www.claimscon.org/about/privacy-policy>. אני מאשר/ת שהעברתי לידיעת צדדים שלישיים אלה הודעה זו ויש לי את רשותם לוועידת התביעות, ולצדדים שלישיים כלשהם המפורטים בהודעה, לעבד את המידע האישי שלהם בטופס בקשה זה.
- עיבוד הנתונים הללו משרת את מטרת הטיפול בבקשתי להטבות במסגרת אחת או יותר מקרנות הפיצויים של ועידת התביעות, הכוללות את קרן סולידריות לישראל, קרן סעיף 2, קרן מרכז מזרח אירופה, פנסיית רדיפות אזורית, קרן הילדים ניצולי השואה, קרן קינדרטרנספורט וקרן הסיוע.

אני מבין/ה כי נתונים אישיים המעובדים בקשר עם בקשה זו עשויים להיות מועברים למשרדי ועידת התביעות, לרבות אך לא רק משרדים בארה"ב, גרמניה וישראל. אני גם מסכים/ה שהנתונים האישיים שלי עשויים להיות זמינים למשרד האוצר הגרמני ולמשרד הביקורת הפדרלי של גרמניה אך ורק למטרות סקירה וביקורת, במסגרת הוראות הגנת הנתונים של הרפובליקה הפדרלית של גרמניה.

מידע המתייחס למוצאי האתני והגזעי, דעות פוליטיות או אידיאולוגיות, אמונות דתיות, חברות באיגוד ובריאות נחשב לנתונים בקטגוריה מיוחדת על פי חוק הגנת המידע האירופי ("נתונים אישיים רגישים"). אנו דורשים את הסכמתך המפורשת על פי חוק הגנת המידע האירופי לעיבוד נתונים אישיים רגישים.

בחתימה למטה, אני מקבל/ת בזאת במפורש כי על מנת לקבוע את זכאותי לתכנית הפיצויים ולקבלת תשלום:

• הנתונים האישיים הרגישים שלי יעובדו על ידי ועידת התביעות כדי לקבוע את זכאותי להטבות מהתוכניות של ועידת התביעות המפורטות לעיל.

• הנתונים האישיים הרגישים שלי ישותפו עם משרד האוצר הגרמני/משרד הביקורת הפדרלי.

• לפי הצורך, הנתונים האישיים שלי והנתונים האישיים שנאספו בטופס זה יועברו מחוץ לאזור הכלכלי האירופי.

בנוסף, אני מסכים/ה כי ועידת התביעות עשויה להשתמש במידע האישי הכלול כאן על מנת לספק לי מידע נוסף בנוגע לתוכניות פיצויים או הטבות סוציאליות העומדות לרשות קורבנות הנאצים. ועידת התביעות מכירה בזכויות שלי ביחס למידע האישי שלי כמפורט במדיניות הפרטיות של ועידת התביעות בכתובת - <http://www.claimscon.org/about/privacy-policy>.

אני מבין/ה שיש לי את הזכות לחזור בי מהסכמתי בכל עת. כדי לבטל את הסכמתי, לממש את זכויותי על פי הודעת הפרטיות או להגיש תלונות כלשהן שאני מבין/ה שעלי לפנות לוועידת התביעות בכתובת privacy@claimscon.org או ת.ד.ב. 1215, ניו יורק, ניו יורק 10113. ביטול ההסכמה לא ישפיע על חוקיות העיבוד שבוצע על בסיס ההסכמה עד לביטולו. אם אחזור בי מהסכמתי, אני מבין/ה שיתכן כי וועידת התביעות לא תוכל לטפל בבקשה שלי או לעמוד בהתחייבויותיה הנדרשות לביצוע תשלום כלשהו.