

# DEMANDE AUPRÈS DES PROGRAMMES D'INDEMNISATION

Le dépôt d'un dossier auprès des programmes de la Claims Conference est gratuit. Vous ne devez rétribuer personne pour obtenir ce formulaire de demande ou pour vous aider à le remplir. Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, veuillez contacter la Claims Conference ou l'antenne locale d'un service social juif qui vous conseillera gratuitement. **Veillez remplir ce formulaire en Français et à l'encre bleue ou noire. Ce formulaire est également disponible en Anglais, Allemand, Hébreu et en Russe.** Pour pouvoir le télécharger, veuillez consulter notre site internet [www.claimscon.org](http://www.claimscon.org). Veuillez 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 de place supplémentaire pour l'une des sections de ce formulaire, nous vous remercions d'utiliser une feuille de papier séparée. Ce formulaire devra être signé en présence d'une personne habilitée à certifier les documents (voir page 8 pour de plus amples détails). Après avoir rempli ce formulaire, veuillez vous assurer de bien nous faire parvenir **l'original** et non une photocopie. Merci.

## SECTION 1 | Votre demande concerne-t-elle un programme d'indemnisation particulier?

Pour vous renseigner sur nos différents programmes d'indemnisation, veuillez consulter notre site internet [www.claimscon.org](http://www.claimscon.org). Si la Claims Conference estime que vous pourriez être éligible à recevoir une autre indemnisation, nous enregistrerons automatiquement votre demande dans le Fonds approprié.

**Si vous connaissez le Fonds auprès duquel vous désirez déposer votre demande, veuillez le sélectionner ci-dessous en cochant la case correspondante.**

- Fonds Hardship  Fonds de la Rente [Article 2 / CEEF = Fonds D'Europe Centrale et de l'Est]  Fonds de l'Enfant Survivant  
 Je ne sais pas. Je souhaite que la Claims Conference détermine le programme d'indemnisation approprié.

**Les programmes d'indemnisation de la Claims Conference s'adressent uniquement aux victimes juives du nazisme qui ont été persécutées en tant que juives.** Êtes-vous de descendance ou de religion juive?  Oui  Non

## SECTION 2 | Informations personnelles

**Quel est votre nom actuel?**

Nom de famille	Prénom	Nom patronymique
----------------	--------	------------------

**Avez-vous déjà utilisé un autre nom? Y compris votre nom de jeune fille.** Veuillez joindre tout document concernant votre changement de nom, à savoir un certificat de mariage ou un tout autre document l'attestant.

Nom de famille	Prénom	Nom patronymique
Nom de famille	Prénom	Nom patronymique

**Sexe**  Masculin  Féminin

**Quelle est votre date de naissance officielle?**

Jour	Mois	Année
------	------	-------

**Avez-vous déjà utilisé une autre date de naissance?**

Jour	Mois	Année
------	------	-------

**Quel est votre lieu de naissance?**

Ville/Commune de naissance	Région de naissance	Pays de naissance
----------------------------	---------------------	-------------------

**Où habitez-vous actuellement?**

Rue	Bâtiment	Appt	Ville/Commune
Région/État/Province	Pays	Code postal	
Téléphone	Adresse e-mail		

## SECTION 2 SUITE

### Quelle est la langue de correspondance souhaitée?

Français    Anglais    Hébreu    Russe    Allemand    Hongrois

**Ce n'est qu'avec vous-même ou une personne que vous désignez que nous pourrions nous entretenir des détails indiqués sur votre formulaire. Y-a-t-il une personne que vous nous autorisez à contacter par téléphone ou par écrit au sujet de votre demande?**

Nom de famille	Prénom	Relation au/à la requérant/e

Adresse

---

Téléphone	Adresse e-mail

### Où avez-vous habité depuis la fin de la guerre?

Veillez indiquer tous vos pays de résidence depuis la fin de la guerre jusqu'à aujourd'hui.

Pays ( <i>si Allemagne, inclure la ville et la région</i> )	Depuis l'année	Jusqu'à l'année

### Quelle est votre nationalité actuelle?

Pays	Date de votre immigration (JJ/MM/AAAA)	Date de votre naturalisation (JJ/MM/AAAA)

**Veillez indiquer, le cas échéant, les nationalités que vous avez eues ou les périodes pendant lesquelles vous étiez apatride.**

Pays ( <i>y compris pour les périodes pendant lesquelles vous étiez apatride</i> )	Depuis l'année	Jusqu'à l'année

## SECTION 3 | Votre expérience pendant la guerre

Cette section comporte **DEUX PARTIES**. La partie A est un calendrier (avec les dates, les lieux et les noms) de vos expériences. La partie B est prévue pour le récit détaillé de votre persécution. **Si votre mère était enceinte de vous pendant sa persécution, veuillez répondre aux questions suivantes au nom de votre mère.**

### PARTIE A: CALENDRIER DE LA PERSÉCUTION ET INFORMATIONS

Veuillez utiliser le calendrier pour indiquer **brèvement** et chronologiquement votre expérience. Vous avez la possibilité de donner plus de détails dans la partie B. Si vous avez besoin de place supplémentaire, nous vous remercions d'utiliser une feuille de papier séparée pour votre réponse. Nous vous remercions de vous référer aux définitions ci-dessous pour définir votre persécution.

**Camp:** Vous étiez dans un camp de concentration ou un camp de travail ou un bataillon de travaux forcés.

**Ghetto:** Vous étiez obligé de vivre dans un ghetto.

**Cache:** Vous étiez caché dans des conditions inhumaines, sans accès au monde extérieur.

**Vie dans l'illégalité/Sous une fausse identité:** Vous deviez faire profil bas car vous n'aviez pas de papiers d'identité ou vous n'étiez pas enregistré auprès des autorités ; ou bien vous viviez en permanence sous une fausse identité non juive, en utilisant un nom d'emprunt et/ou de faux papiers.

**Fuite:** Vous avez fui du lieu de votre résidence en raison d'une menace nazie imminente.

**Couvre-feu:** Vous n'aviez le droit de sortir de chez vous qu'à certaines heures de la journée.

**Résidence forcée/Relocalisation:** Vous étiez obligé de vivre dans un certain quartier de la ville ou de quitter votre foyer ou de vivre à un autre endroit.

**Étoile jaune:** Vous étiez obligé de porter un signe distinctif comme une étoile jaune.

**Autre forme de persécution:** Veuillez le spécifier dans le calendrier ci-dessous.

#### Où viviez-vous avant la guerre?

Ville/Commune	Région	Pays
<b>1</b> Type de persécution ( <i>Veuillez vous référer aux définitions indiquées ci-dessus</i> )	A partir de	Jusqu'à/au
Où avez-vous été persécuté?		
<b>2</b> Type de persécution ( <i>Veuillez vous référer aux définitions indiquées ci-dessus</i> )	A partir de	Jusqu'à/au
Où avez-vous été persécuté?		
<b>3</b> Type de persécution ( <i>Veuillez vous référer aux définitions indiquées ci-dessus</i> )	A partir de	Jusqu'à/au
Où avez-vous été persécuté?		
<b>4</b> Type de persécution ( <i>Veuillez vous référer aux définitions indiquées ci-dessus</i> )	A partir de	Jusqu'à/au
Où avez-vous été persécuté?		
<b>5</b> Type de persécution ( <i>Veuillez vous référer aux définitions indiquées ci-dessus</i> )	A partir de	Jusqu'à/au
Où avez-vous été persécuté?		

#### Où étiez-vous à la Libération?

Ville/Commune	Région	Pays
---------------	--------	------



## SECTION 4 | Histoire de votre famille

### MÈRE

Nom de famille	Prénom	Nom patronymique
----------------	--------	------------------

#### Votre mère a-t-elle porté un autre nom, y compris son nom de jeune fille?

Nom de famille	Prénom	Nom patronymique
----------------	--------	------------------

Nom de famille	Prénom	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
------	------	-------

#### Votre mère a-t-elle déjà utilisé une autre date de naissance?

Jour	Mois	Année
------	------	-------

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

Ville/Région/Pays	Jour	Mois	Année
-------------------	------	------	-------

#### Avez-vous été persécuté avec votre mère?

Oui  Non

#### Étiez-vous ensemble tout au long de la persécution?

Oui  Non

Si non, où était votre mère? \_\_\_\_\_

### PÈRE

Nom de famille	Prénom	Nom patronymique
----------------	--------	------------------

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

Nom de famille	Prénom	Nom patronymique
----------------	--------	------------------

#### Quel est le lieu de naissance de votre père?

Ville/Commune de naissance	Région de naissance	Pays de naissance
----------------------------	---------------------	-------------------

#### 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?

Jour	Mois	Année
------	------	-------

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

Ville/Région/Pays	Jour	Mois	Année
-------------------	------	------	-------

#### Avez-vous été persécuté avec votre père?

Oui  Non

#### Étiez-vous ensemble tout au long de la persécution?

Oui  Non

Si non, où était votre père? \_\_\_\_\_

**FRATRIE**

Nous vous remercions de photocopier cette page, si vous avez d'autres frères et sœurs à mentionner.

<b>1</b>	Nom de famille	Prénom	Nom patronymique
----------	----------------	--------	------------------

**Votre frère/sœur a-t-il/elle porté un autre nom, y compris le nom de jeune fille pour votre sœur?**

Nom de famille	Prénom	Nom patronymique
----------------	--------	------------------

Nom de famille	Prénom	Nom patronymique
----------------	--------	------------------

**Où et quand est né votre frère/est née votre sœur?**

Ville/Région/Pays	Jour	Mois	Année
-------------------	------	------	-------

**Si votre frère/votre sœur est décédé/e, veuillez indiquer le lieu et la date de son décès.**

Ville/Région/Pays	Jour	Mois	Année
-------------------	------	------	-------

**Avez-vous été persécuté avec votre frère/votre sœur?**  Oui  Non

**Étiez-vous ensemble tout au long de la persécution?**  Oui  Non

**Si non, où était-il/elle?** \_\_\_\_\_

<b>2</b>	Nom de famille	Prénom	Nom patronymique
----------	----------------	--------	------------------

**Votre frère/sœur a-t-il/elle porté un autre nom, y compris le nom de jeune fille pour votre sœur?**

Nom de famille	Prénom	Nom patronymique
----------------	--------	------------------

Nom de famille	Prénom	Nom patronymique
----------------	--------	------------------

**Où et quand est né votre frère/est née votre sœur?**

Ville/Région/Pays	Jour	Mois	Année
-------------------	------	------	-------

**Si votre frère/votre sœur est décédé/e, veuillez indiquer le lieu et la date de son décès.**

Ville/Région/Pays	Jour	Mois	Année
-------------------	------	------	-------

**Avez-vous été persécuté avec votre frère/votre sœur?**  Oui  Non

**Étiez-vous ensemble tout au long de la persécution?**  Oui  Non

**Si non, où était-il/elle?** \_\_\_\_\_

## SECTION 5 | Indemnisation précédente

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

Si oui, veuillez indiquer le nom de tous les programmes auprès desquels vous avez déposé une demande.

Si vous avez reçu/recevez une indemnisation, veuillez joindre tout document sur le/les versement/s.

**1** Fonds ou programme \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Quel type de paiement?  Unique  Pension

**2** Fonds ou programme \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Quel type de paiement?  Unique  Pension

**3** Fonds ou programme \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Quel type de paiement?  Unique  Pension

## SECTION 6 | Revenus et actifs

Le Fonds Article 2 est soumis aux plafonds de revenu et patrimoine fixés par le Gouvernement allemand. Le tableau ci-dessous indique les plafonds actuels du revenu et du patrimoine pour ce Fonds. 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-dessous, veuillez nous contacter ou consulter notre site internet [www.claimscon.org](http://www.claimscon.org).

DEVISE	PLAFOND DU REVENU ANNUEL	PLAFOND DU PATRIMOINE
Dollar Américain — USD	\$49,850	\$997,020
Euro — EUR	€45,000	€900,000
Shekel Israélien — ILS	₪173,200	₪3,464,150
Dollar Australien — AUD	\$72,870	\$1,457,460
Dollar Canadien — CAD	\$66,300	\$1,326,090

### IMPORTANT

**VOTRE REVENU SIGNIFIE UN REVENU NET APRÈS DÉDUCTION DE VOS IMPÔTS.**

**LES TITRES SUIVANTS NE SONT PAS ASSIMILÉS AU REVENU:**

- Les pensions d'état
- Les versements des régimes de retraite (401(k))
- Les retraites d'entreprise ou d'employeur
- Les pensions d'invalidité ou d'assurance-vie

Votre résidence principale n'entre pas dans le patrimoine. Le patrimoine comprend, entre autres, les avoirs bancaires, les portefeuilles de titres et d'actions, toute autre propriété vous appartenant ou les valeurs de rachat d'assurances-vie. Seul le « patrimoine net » est pris en compte; vous devez donc déduire de la valeur de propriété toute charge, hypothèque ou impôt annuel payé sur ou en relation avec la valeur de votre propriété. Si un patrimoine appartient à plusieurs personnes, seule la valeur de la propriété vous revenant est prise en compte. Si, par exemple, un actif vous appartient ainsi qu'à votre conjoint, veuillez n'indiquer que la part de la valeur qui vous revient.

***Cette section n'est à remplir que si vous désirez que votre demande soit déposée auprès du Fonds Article 2.***

**Oui, je confirme que mes revenus et mon patrimoine sont en-dessous des plafonds établis.**

## SECTION 7 | Documents requis

### PARTIE A: PREUVE DE VOTRE IDENTITÉ

**Veillez faire parvenir la photocopie d'un papier d'identité en cours de validité, émis par une autorité gouvernementale et portant votre photographie.**

Type de papiers d'identités en cours de validité

Passeport  Carte nationale d'identité  Permis de conduire  Autre \_\_\_\_\_

Numéro d'identification

Pays d'émission

**Uniquement pour les personnes résidant actuellement aux États-Unis:** Vous devez également fournir une copie certifiée conforme à l'original de votre carte de sécurité sociale.

Numéro de Sécurité Sociale 

--	--	--	--

 - 

--	--	--

 - 

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

**Uniquement pour les requérants ayant résidé ou résidant actuellement en Israël.**

Numéro d'identification en Israël 

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

### PARTIE B: DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES

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. Quand ces documents seront en notre possession, ils nous aideront à traiter votre demande. Cependant, si vous ne possédez aucun de ces documents, vous pouvez malgré tout soumettre votre demande. Une explication sur le manque de ces documents peut nous aider dans le traitement de votre dossier.

- Acte de naissance.
- Document/s 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.
- Document/s attestant de votre ascendance juive.
- Tout document/s supplémentaire/s dont vous disposez qui serait susceptible/s d'étayer votre demande.

### PARTIE C: 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 **TOUS LES** documents suivants:

- Photocopie conforme à l'original d'une procuration ou tout autre document indiquant la tutelle légale.
- Photocopie conforme à l'original de la pièce d'identité du représentant légal, délivrée par les autorités gouvernementales.
- Un formulaire à remplir par le médecin qui peut être téléchargé sur notre site internet [www.claimscon.org](http://www.claimscon.org).

### PARTIE D: INSTRUCTIONS POUR LES PHOTOCOPIES ET LA LÉGALISATION

Veillez faire parvenir des photocopies en noir et blanc des documents demandés. Merci de ne pas nous faire parvenir des photocopies tâchées ou des photocopies sur lesquelles les informations ont été coupées, car ceci retardera le traitement de votre demande. Les instances suivantes peuvent certifier vos documents. Nous vous suggérons de consulter notre site internet [www.claimscon.org](http://www.claimscon.org), pour obtenir une liste supplémentaire de ces instances.

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

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

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



## SECTION 8 | Déclaration, Consentement, Signature et Légalisation

- Je déclare que toutes les affirmations susmentionnées et ci-jointes sont vraies.
- Je suis conscient(e) que faire sciemment des déclarations erronées entraînera le rejet de ma demande. Les décisions positives fondées sur de fausses informations seront annulées et je serai amené à rembourser la somme totale qui m'a été versée par la Claims Conference.
- Dans le cas où je suis obligé(e), conformément à cette déclaration ou 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, afin d'obtenir le remboursement de ces versements.
- Je comprends et reconnais par la présente que les critères d'éligibilité sont entièrement fondés sur le droit allemand. J'accepte sans conditions que le Tribunal de Francfort-sur-le-Main, en Allemagne, soit la Cour de juridiction exclusive. J'accepte également que tout litige soit résolu selon les lois de la République Fédérale d'Allemagne.
- Je suis conscient(e) de n'avoir aucun droit légal pour recevoir une assistance. Sans déroger à ce qui est indiqué plus haut, et dans la mesure où la loi le permet, je renonce irrévocablement, à toute action future ou déjà engagée à l'encontre de la Conference on Jewish Material Claims against Germany, liée à la présente demande ou au traitement de celle-ci.
- J'autorise la Claims Conference par la présente à demander et vérifier tous les documents détenus par des archives, telles que les Autorités d'Indemnisation du Gouvernement Allemand ou d'autres autorités, se rapportant à ma personne (le requérant/la requérante) ou à ma fratrie et mes parents, qui peuvent être à présent décédés.
- J'accepte que la Claims Conference puisse demander des informations et documents supplémentaires pour traiter ma demande.
- J'accepte que la Claims Conference puisse déterminer en mon nom des programmes d'indemnisation complémentaires qui sont appropriés à ma demande.

### CONSENTEMENT

J'autorise les autorités, les tribunaux, les archives et les institutions en Allemagne et en Israël (tels que l'Autorité des droits des survivants de l'Holocauste ou autres ministères gouvernementaux en Israël) ainsi qu'à l'étranger à permettre à la Claims Conference d'accéder à mes données (incluant, sans s'y limiter, quelle rente je perçois de leur part), à mes dossiers d'indemnisation y inclus ceux basés sur la Bundesentschädigungsgesetz, les lois et les règlements relatifs à la Wiedergutmachung du Gouvernement Fédéral Allemand, ou les fonds de secours de la République fédérale d'Allemagne ou des États fédéraux pour les victimes de la persécution nationale-socialiste, la loi israélienne sur les invalides victimes des persécutions nazies ou la loi sur les allocations aux survivants de la Shoah, afin de fournir les informations nécessaires à l'étude et au traitement de ma demande.

Je comprends que ces documents et informations concerneront mes données personnelles, à savoir : mon nom, adresse, âge, date de naissance, sexe, éducation, profession ainsi que des éléments d'ordre privé sur mes origines raciales et ethniques, mes opinions politiques et idéologiques, mes convictions religieuses, l'appartenance syndicale ainsi que des données concernant mon état de santé.

Je comprends que les informations recueillies sur ce formulaire, me concernant, et concernant les autres personnes auxquelles il a été fait référence, y compris ma famille, mon tuteur ou médecin (Parties Tierces) seront traitées conformément à la déclaration de confidentialité de la Claims Conference que vous pouvez trouver sur le site suivant: <http://claimscon.org/about/privacy-policy>.

Je confirme que j'ai fait part de cette déclaration aux Parties Tierces et leur permission a été obtenue, afin que la Claims Conference, ainsi que toute autre partie tierce énoncée dans la déclaration de confidentialité, puisse traiter leurs informations personnelles figurant sur ce formulaire.

Le traitement de ces données a pour but de traiter ma demande de prestations en vertu d'un ou plusieurs fonds d'indemnisation de la Claims Conference incluant le Fonds de la rente Article 2, le Fonds d'Europe Centrale et de l'Est, le Fonds de l'Enfant Survivant et le Fond Hardship.

Je comprends que les informations personnelles traitées en relation avec cette demande peuvent être transférées aux bureaux de la Claims Conference, notamment, mais non exclusivement aux bureaux des Etats-Unis, d'Allemagne et d'Israël. J'accepte aussi que mes informations personnelles soient mises à la disposition du Ministère Allemand des Finances et du Bureau Fédéral Allemand d'Audit, et cela uniquement pour les besoins de vérification et d'audit, dans le cadre des dispositions sur la protection des données de la République Fédérale d'Allemagne.

Les informations liées à mes origines raciales et ethniques, à mes convictions religieuses, mon appartenance syndicale et ma santé sont considérées, en vertu de la loi Européenne sur la protection des informations, comme appartenant à une catégorie spéciale d'informations ("Données Personnelles Sensibles"). La Claims Conference exige mon consentement explicite, conformément à la loi Européenne sur la protection des informations, afin de traiter mes Données Personnelles Sensibles.

En apposant ma signature ci-dessous, j'accepte expressément les conditions suivantes, afin de déterminer mon admissibilité au programme d'indemnisation et recevoir un paiement:

- Mes Données Personnelles Sensibles doivent être traitées par la Claims Conference pour déterminer mon admissibilité aux programmes d'indemnisation de la Claims Conference tels que définis ci-dessus.
- Mes Données Personnelles Sensibles doivent être partagées avec le Ministère Allemand des Finances/Bureau Fédéral Allemand d'Audit.
- Si nécessaire, mes informations personnelles, ainsi que mes Données Personnelles Sensibles recueillies sur ce formulaire seront transférées en dehors de la Zone Economique Européenne.

En outre, j'accepte que la Claims Conference puisse utiliser les informations personnelles contenues dans le formulaire dans le but de me fournir de plus amples informations concernant les programmes d'indemnisation ou les prestations sociales disponibles pour les victimes du Nazisme. La Claims Conference reconnaît mes droits par rapport à mes données personnelles, comme cela est indiqué dans la déclaration de confidentialité de la Claims Conference <http://claimscon.org/about/privacy-policy>.

Je comprends que j'ai le droit de retirer mon consentement à tout moment. Pour retirer mon consentement, exercer mes droits en vertu de la déclaration de confidentialité, ou déposer une plainte, je comprends que je dois contacter la Claims Conference sur le lien suivant: [privacy@claimscon.org](mailto:privacy@claimscon.org), ou écrire à l'adresse suivante: PO Box 1215, New York, New York 10113. La révocation du consentement ne porte pas atteinte à la légalité du traitement qui a été effectué sur la base du consentement jusqu'à sa révocation. Si je retire mon consentement, je comprends que la Claims Conference ne sera pas en mesure de traiter ma demande ou de respecter ses obligations en matière de paiement.

**AFIN D'ÊTRE CORRECTEMENT LEGALISÉ, CE QUESTIONNAIRE DOIT ÊTRE SIGNÉ AU MOMENT MÊME OÙ LA LÉGALISATION SERA** faite dans un consulat allemand, une banque, chez un notaire, dans un centre de service social juif possédant un sceau (un tampon), dans une mairie ou un hôtel de ville (en Europe) ou par un bureau de l'administration israélienne.

**Je confirme que le/la requérante ou son représentant légal s'est présenté/e aujourd'hui devant moi et a prouvé son identité à l'aide de:**

Son passeport

Autre document d'identité (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

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

Signature du/de la requérant/e	Jour	Mois	Année
_____			

*Si le/la requérant/e est dans l'incapacité de signer ce formulaire, son représentant légal peut signer en son nom. Voir les instructions en page 8 sur les documents complémentaires requis par les représentants légaux.*

Signature du représentant légal	Jour	Mois	Année
_____			

Nom de la personne habilitée à certifier les documents	Fonction	Organisation	Jour	Mois	Année
_____					

Signature et cachet du certificateur

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



## AVEZ-VOUS PENSER À....

---

- Remplir toutes les sections de ce formulaire.
- Signer, dater et faire légaliser le formulaire, conformément aux instructions auprès: d'un consulat allemand, d'une banque, devant notaire, auprès d'un service social juif possédant un sceau (un tampon), dans une mairie ou un hôtel de ville (en Europe) ou auprès d'un bureau de l'administration israélienne.
- Joindre votre pièce d'identité avec photo délivrée par les autorités gouvernementales (conformément au document mentionné dans la section «Preuve d'identité» et la section «Légalisation»).
- Joindre les photocopies 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.
  - 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).
- Avant de nous poster l'original, avez-vous penser à photocopier toutes les pages du formulaire de demande et toutes les pièces jointes pour les conserver dans vos dossiers.

## INSTRUCTIONS POUR L'ENVOI

---

**L'original** du formulaire de demande - complété, signé, légalisé et accompagné des photocopies des documents demandés - doit être adressé à l'une des adresses ci-dessous. Nous vous prions de ne pas nous faire parvenir la photocopie de votre questionnaire de demande par fax ou par email.

Pour les résidents permanents de l'ancienne Union Soviétique, de l'Europe de l'Ouest et d'Afrique du Nord:

CLAIMS CONFERENCE  
Postfach 90 05 43  
60445 Frankfurt am Main  
ГЕРМАНИЯ/DEUTSCHLAND

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

CLAIMS CONFERENCE  
P.O. BOX 1215  
New York, NY 10113  
UNITED STATES OF AMERICA

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

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

## QUE VA-T-IL ARRIVER ENSUITE?

---

A l'aide des informations données sur votre formulaire, nous allons étudier votre demande. Ceci prendra un certain temps et nous vous remercions de bien vouloir patienter. Une fois que la Claims Conference aura reçu votre formulaire, nous vous ferons parvenir un courrier confirmant sa réception. Si vous ne recevez pas ce courrier dans les trois mois à venir, nous vous prions de bien vouloir nous écrire à l'une des adresses ci-dessus.