FORMULAIRE DE CHOIX DE VERSEMENT EN ESPÈCES EN LIEU ET PLACE DE SERVICES À DOMICILE 2025

Vous n'avez pas besoin de payer pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire. Remplissez ce formulaire uniquement si vous souhaitez adhérer à ce programme. Si vous préférez conserver vos services actuels d'aide à domicile, ne remplissez pas ce formulaire. Veuillez lire attentivement et demander des éclaircissements si vous ne comprenez pas.

Les formulaires originaux dûment remplis doivent être reçus avant le 30 août 2025. Pour toute assistance, veuillez appeler le Service Social Juif au +32 2/538.81.80

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____ Appartement : _____

Ville : _____ Région : _____ Code postal : _____ Pays : _____

Téléphone (obligatoire) : _____ (Agence fournie - CCID : _____)

Date de naissance : _____ Email : _____

En remplissant ce formulaire, je choisis de recevoir un paiement mensuel en espèces à la place des services à domicile auxquels je pourrais avoir droit. Le montant du paiement en espèces sera déterminé selon les critères d'éligibilité aux services à domicile du gouvernement allemand, administrés par la Claims Conference. Ce montant peut varier en fonction de nouvelles circonstances (par exemple, une augmentation ou une diminution des services à domicile financés par le gouvernement local auxquels je suis ou deviendrai éligible, ou un changement de mon état de santé). J'ai lu et compris ce qui suit :

1. Je comprends que remplir ce formulaire est volontaire.
2. Je comprends que la soumission de ce formulaire ne me qualifie pas automatiquement pour le début des paiements.
3. La participation au programme de paiement direct mensuel en espèces vous exclut de la possibilité de recevoir des services à domicile financés par le gouvernement allemand tant que vous continuez à percevoir ces paiements. Je comprends que la participation au programme de paiement direct mensuel en espèces m'empêche de recevoir des services à domicile financés par le gouvernement allemand via mon agence actuelle ou toute autre agence dans le monde. Toute personne percevant à la fois des services à domicile et des paiements mensuels en espèces devra rembourser les paiements au gouvernement allemand. Je comprends

également que ma possibilité de revenir aux services à domicile, si je le souhaite, sera très limitée.

4. Votre participation au programme de paiement direct mensuel en espèces est soumise à l'accord de votre agence de services sociaux.

Je comprends que mon agence de services sociaux a le droit de refuser ma demande de paiement direct mensuel en espèces en lieu et place des services à domicile si elle estime que cette option mettrait immédiatement ma santé ou mon bien-être en danger. De plus, si je choisis de recevoir ces paiements, mon agence a le droit d'y mettre fin à tout moment et de me proposer à la place des services à domicile si elle le juge nécessaire pour mon bien-être. Toute décision en ce sens relève de la seule discrétion de mon agence.

5. Les paiements directs mensuels en espèces peuvent être imposables et peuvent affecter votre capacité à obtenir ou à conserver des aides gouvernementales.

Ces paiements doivent être considérés comme résultant de mon statut de victime de persécutions nazies. Je comprends qu'en acceptant ces paiements, je risque de perdre certaines aides gouvernementales sans préavis ou avec un préavis très court. Il est de ma responsabilité de vérifier si ces paiements sont imposables et s'ils affecteront mes droits à des prestations. Ni la Claims Conference, ni le gouvernement allemand, ni aucune agence de services sociaux ne sauraient être tenus responsables de toute perte de statut, de droits ou de revenus résultant de l'acceptation de ces paiements.

6. Votre paiement mensuel direct en espèces peut ne pas couvrir le coût total des services à domicile dont vous avez besoin. Vous pourriez avoir des frais imprévus pour maintenir le même niveau de soins. (Si vous ne connaissez pas le coût de vos services actuels, veuillez en discuter avec votre agence de services sociaux).

Je comprends que mes paiements mensuels en espèces peuvent ne pas couvrir le coût total de mes services à domicile actuels. Je serai responsable de tous les frais, y compris, sans s'y limiter, les salaires, impôts, cotisations sociales et obligations légales liés à l'emploi d'une aide à domicile. De plus, je comprends qu'il se peut que je ne puisse pas continuer à employer la même personne qui me fournit actuellement des soins.

Je ne serai pas tenu de rendre compte de l'utilisation des paiements directs mensuels en espèces à la Claims Conference ou à mon agence de services sociaux.

7. Je comprends que si je réside actuellement dans un hôpital, un centre de rééducation de longue durée, une résidence services ou une maison de retraite, je ne suis pas éligible aux paiements en espèces.

8. Vos paiements mensuels directs en espèces doivent être versés directement sur un compte bancaire à votre nom.

Je comprends que ces paiements sont destinés à mon bénéfice. La Claims Conference ne saurait être tenue responsable si un co-titulaire utilise ces fonds de manière non autorisée.

Si vous percevez actuellement des paiements du Fonds Article 2 de la Claims Conference, votre paiement mensuel en espèces sera versé sur le même compte et il n'est pas nécessaire de fournir vos coordonnées bancaires.

Si vous ne percevez pas de paiements du Fonds Article 2, la Claims Conference vous demandera ultérieurement vos coordonnées bancaires. Si vous ne fournissez pas toutes les informations bancaires requises, votre formulaire de choix ne pourra pas être traité et aucun

paiement ne sera effectué.

Aucun paiement ne pourra être effectué par chèque, en aucune circonstance.

9. Le gouvernement allemand propose ce programme de façon limitée et peut décider de l'interrompre ou de le modifier.
Je comprends que ce programme est proposé de façon limitée selon la décision du gouvernement allemand et peut être interrompu ou modifié à la discrétion du gouvernement allemand ou de la Claims Conference. Si le programme est interrompu, les paiements mensuels en espèces peuvent cesser. Si je suis actuellement sur liste d'attente pour des services à domicile, je pourrais devoir retourner sur la liste d'attente si ce programme est interrompu. Je comprends qu'il existe des incertitudes futures liées à mon choix.
10. Les paiements directs mensuels en espèces ne sont pas transmissibles aux héritiers.
Je comprends qu'à mon décès, l'exécuteur testamentaire de ma succession doit informer mon agence de services sociaux par courrier suivi dans les 30 jours et que les paiements cesseront. Les héritiers n'ont pas droit à ces paiements. Si mon agence n'est pas informée, le gouvernement allemand exigera le remboursement des paiements auprès de ma succession.
11. Vous devrez effectuer des « points de contact » réguliers avec un représentant de votre agence de services sociaux.
Je comprends que je peux continuer à bénéficier d'un suivi social de la part de mon agence et recevoir d'autres services que l'aide à domicile (par exemple, transport, aide alimentaire, socialisation, etc.) pendant que je suis inscrit au programme de paiement direct mensuel en espèces. Un représentant de mon agence prendra contact avec moi plusieurs fois par an selon un calendrier à déterminer. Je comprends que je dois accepter ces « points de contact » réguliers pour continuer à percevoir les paiements. Il est également de ma responsabilité d'informer mon agence de tout changement dans le nombre d'heures de services à domicile financés par le gouvernement dont je bénéficie. Ces mises à jour seront requises à chaque « point de contact ». Tout changement dans le nombre d'heures reçues pourrait entraîner une augmentation ou une diminution du montant de mes paiements. Le non-respect de ces demandes entraînera la cessation des paiements.
12. Votre participation à ce programme ne peut être discutée qu'avec vous ou avec les personnes que vous désignez. Y a-t-il quelqu'un avec qui vous souhaitez que nous puissions communiquer au sujet de votre participation à ce programme ?

Prénom : _____ Prénom :

Nom : _____ Nom :

Lien avec vous : _____ Lien avec vous :

Adresse : _____ Adresse :

Ville, Région, Code postal : _____ Ville, Région, Code postal :

Téléphone : _____ Téléphone :

Email : _____ Email :

13. Le montant de votre paiement mensuel direct en espèces est basé sur plusieurs facteurs qui n'ont pas été vérifiés indépendamment par la Claims Conference.
Je comprends que la Claims Conference n'est pas responsable des modifications qui pourraient être nécessaires concernant le montant de mon paiement mensuel.

14. Déclaration :

Ce formulaire de choix ne pourra être traité sans la signature du demandeur (ou de son représentant légal) et la certification ci-dessous. Ce formulaire doit être signé en même temps qu'il est certifié avec un cachet officiel devant un notaire, l'agence de services sociaux à laquelle vous soumettez ce formulaire, ou un consulat allemand.

J'ai lu et je comprends parfaitement toutes les dispositions énoncées ci-dessus, des points 1 à 13.

- En cas d'obligation, conformément à toute disposition ci-dessus ou autre, de restituer un ou plusieurs paiements à la Claims Conference, j'accepte que moi-même ou ma succession soyons également tenus de rembourser à la Claims Conference tous frais et dépenses encourus pour obtenir ce remboursement.
- Je comprends et accepte que l'éligibilité à ce programme est exclusivement fondée sur le droit allemand. J'accepte sans condition que Francfort-sur-le-Main, Allemagne, soit le tribunal compétent exclusif. J'accepte également que tout litige soit tranché conformément aux lois de la République Fédérale d'Allemagne.
- Je suis conscient(e) de n'avoir aucun droit légal à recevoir des paiements mensuels directs en espèces. Sans préjudice de ce qui précède, je renonce irrévocablement — dans la mesure où la loi le permet — à toute réclamation actuelle ou future contre la Claims Conference relative à ce programme.
- J'accepte que la Claims Conference utilise les informations personnelles contenues dans ce formulaire afin de me verser les paiements mensuels directs en espèces. Je suis informé(e) et accepte que les données de ce formulaire soient transmises à toute antenne de la Claims Conference, y compris mais sans s'y limiter, aux bureaux aux États-Unis, en Allemagne et en Israël. J'accepte également que mes données personnelles puissent être transmises au Ministère allemand des Finances et à la Cour fédérale des comptes allemande, uniquement à des fins d'audit et de contrôle, dans le cadre des dispositions sur la protection des données de la République Fédérale d'Allemagne. Je comprends et accepte que toute information, y compris mes données personnelles, puisse être examinée, enregistrée, copiée, utilisée et transférée à l'international. La Claims Conference reconnaît mes droits relatifs aux données personnelles tels qu'exposés dans sa politique de confidentialité, consultable à l'adresse <http://www.claimscon.org/about/privacy-policy>.

Signature :

Date :

Si le demandeur n'est pas en mesure de signer ce formulaire, un représentant légal peut signer en son nom et TOUS les documents ci-dessous doivent être joints :

- Photocopie d'une procuration ou d'un autre document accordant la tutelle légale, ainsi qu'une photocopie de la pièce d'identité officielle du représentant. Si ces documents ont déjà été envoyés à la Claims Conference, il n'est pas nécessaire de les renvoyer.

- Un formulaire médical rempli, téléchargeable sur notre site www.claimscon.org.
Veuillez noter : le médecin doit avoir vu le demandeur au cours des deux derniers mois.

Signature du représentant légal (uniquement si le demandeur ne peut pas signer) :

Date :

14. Certification :

Le certificateur doit remplir chaque case ci-dessous.

Je certifie que le demandeur ou son représentant légal a signé le formulaire devant moi et que son identité a été vérifiée par :

•• Passeport

•• Autre document d'identité (précisez) : _____

Le numéro d'identification est :

Veuillez joindre une copie du document utilisé pour vérifier l'identité.

Nom du certificateur :

Titre :

Organisation :

Date (Jour/Mois/Année) :

Signature et cachet du certificateur :

ANNEXE À LA DÉCLARATION DE VERSEMENT EN ESPÈCES

Je déclare par la présente souhaiter recevoir les paiements du programme « En espèces en lieu et place de services à domicile » (CFS) de la Claims Conference à la place des prestations d'aide à domicile jusqu'à nouvel ordre.

Je comprends que les paiements CFS que je reçois de la Claims Conference sont financés par le gouvernement allemand et visent à apporter un soutien financier pour les services à domicile.

Je comprends que les paiements CFS que je reçois sont destinés à m'aider et à m'accompagner dans ma vieillesse afin d'améliorer ma santé et mon bien-être.

Je comprends et accepte d'informer mon agence de services ou la Claims Conference en cas de changements dans ma vie quotidienne, tels que :

- la perception d'un nouveau soutien financier du gouvernement,
- un changement de mon état de santé,
- un changement d'adresse,
- un déménagement en maison de retraite.

Je comprends que toutes les conditions et modalités de mon formulaire de participation et de ma déclaration initiale restent inchangées.

Nom en lettres capitales : _____ CCID :

Signature : _____ Date : _____

Retournez le formulaire original complété avant le 30 août 2025 à :
Service social juif ASBL, Avenue Dupétioux 68, 1060
BRUXELLES/RPM/Région Bruxelles-Capitale

Les critères sont disponibles à l'adresse <http://www.claimscon.org/wp-content/uploads/2012/04/homecare-rules.4.pdf>

Si vous avez besoin du document en format Word ou PDF, indiquez-le-moi !