

## Fonds de pension à destination des Justes

Ce formulaire est exclusivement destiné aux personnes non juives qui ont risqué leur vie, leur liberté et leur sécurité afin de secourir une ou plusieurs personnes juives face à un danger de mort ou de déportation, sans exiger de rémunération ou d'autre récompense en retour.

### Coordonnées

Nom de naissance :	Prénom usuel :	Autres prénoms :
Nom marital :		

Avez-vous déjà utilisé un autre nom ?

Veuillez joindre tout document concernant votre changement de nom, par exemple un certificat de mariage ou un autre document attestant de ce changement de nom.

**Sexe :**       H     F

### Adresse actuelle :

Numéro et rue :		Ville :	
Département :		Pays :	
Téléphone portable :	Mail : _____ @		
Téléphone fixe :			

**Souhaitez-vous nous autoriser à discuter avec quelqu'un ou à contacter quelqu'un en ce qui concerne votre demande ?** (Nous pourrions divulguer les détails de votre demande uniquement à vous ou à toute personne que vous mentionnez spécifiquement à cette fin.)

Nom de famille :	Prénom :	Relation par rapport à vous : (ex. : enfant...)
Numéro et rue :		Ville :
Département :	Code Postal :	Pays :
Téléphone portable :	Mail : _____ @	
Téléphone fixe :		

## Histoire personnelle

### Lieu de naissance :

Ville de naissance :	Département de naissance :	Pays de naissance :
----------------------	----------------------------	---------------------

### Date de naissance officielle :

Jour :	Mois :	Année :
--------	--------	---------

**Avez-vous déjà utilisé une autre date de naissance ? Si oui, veuillez indiquer cette date ci-dessous :**

Jour :	Mois :	Année :
--------	--------	---------

## Expérience pendant la guerre

### ► Avez-vous été reconnu en tant que Juste par un organisme ou une institution ?

**Oui**, j'ai été reconnu en tant que Juste par \_\_\_\_\_  
(veuillez ajouter le nom de l'organisme)

Si vous avez vous-même été reconnu en tant que **Juste Parmi les Nations par Yad Vashem** :  
Veuillez saisir votre numéro d'identification ci-dessous et, si possible, joindre une photocopie du certificat délivré par Yad Vashem. Il ne sera alors pas nécessaire de fournir de détails supplémentaires concernant votre expérience ci-dessous.

Numéro d'identification Yad Vashem : \_\_\_\_\_

**Non**, je n'ai pas encore été reconnu en tant que Juste, mais j'ai aidé des Juifs pendant la Seconde Guerre mondiale. Dans ce cas, veuillez fournir les détails supplémentaires demandés ci-dessous :

### ► Si vous n'avez pas encore été reconnu en tant que Juste, est-ce que des membres de votre famille, ou d'autres personnes vous ayant aidé à sauver des personnes juives pendant la Seconde Guerre mondiale, ont déjà été reconnus en tant que Justes par un organisme ou par une institution ?

Oui.

Veuillez fournir le nom de la/les personne(s) ainsi que celui de l'organisme ayant reconnu leurs efforts : \_\_\_\_\_

Non.

Si vos propres efforts n'ont **pas** déjà été reconnus par Yad Vashem, veuillez fournir une description détaillée de votre tentative de sauvetage. Etablissez une liste de toutes les données personnelles, dont vous avez connaissance, relatives aux survivants, ainsi qu'à tout membre de votre famille ou à tout ami ayant apporté son aide pour secourir des personnes juives, et indiquez si ces personnes ont été déjà reconnues en tant que Justes par Yad Vashem. Veuillez joindre des photocopies de tout document et de tout témoignage qui pourrait nous aider à authentifier la tentative de sauvetage et le sort des survivants.

Si vous avez besoin de plus de place pour écrire, vous pouvez joindre votre réponse sur une feuille de papier séparée.

## Déclaration de besoin d'aide financière

Les critères d'éligibilité du Fonds à destination des Justes non-juifs exigent que vous soyez dans une situation de besoin d'aide financière.

**Oui, je certifie être dans une situation de besoin d'aide financière.**

## Documents requis

Veillez fournir la photocopie d'un **document d'identité** officiel, comprenant une photo d'identité.

Type de document d'identité

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

Numéro d'identification du document d'identité  
fourni :

Pays ayant délivré le document :

Si le nom que vous portez actuellement n'est pas le même que votre nom de naissance, vous devrez également fournir une copie des documents établissant un lien entre votre nom de naissance et votre nom actuel, comme un certificat de mariage ou tout autre document attestant d'un changement de nom.

### Représentants/Tuteurs autorisés

Si un demandeur n'est pas en mesure de signer le présent formulaire de demande, un représentant autorisé pourra le signer en son nom. En plus des documents requis mentionnés ci-dessus, veuillez soumettre TOUS les documents suivants :

- La photocopie de la procuration ou de tout autre document établissant la tutelle légale appliquée.
- La photocopie du document d'identité du représentant autorisé.
- Une attestation remplie par un médecin, qui peut être téléchargée depuis notre site web,

<https://www.claimscon.org/wp-content/uploads/2017/03/Doctors-Form-French.pdf>

## Coordonnées bancaires

<b>Nom de votre banque :</b>		
<b>Adresse de votre agence bancaire :</b> Numéro et Rue		
Ville	Code Postal	Pays
<b>IBAN ou numéro de compte :</b>		
<b>Canada :</b> numéro de transit :	<b>Canada :</b> numéro d'institution :	<b>Canada :</b> code SWIFT :
<b>Europe :</b> code SWIFT/BIC :		
<b>Australie :</b> numéro de Bank State Branch (BSB) :	<b>Australie :</b> code SWIFT :	
<b>États-Unis :</b> numéro de routage ABA pour les virements bancaires :		
<b>Type de compte choisi pour le virement :</b> Entourez votre choix :    COURANT    ÉPARGNE		
<i>Dans certains cas, les plus petites banques pourront passer par une <b>banque intermédiaire</b> afin d'accepter des virements. Si vous savez que votre banque utilise les services d'une <b>banque intermédiaire</b>, veuillez remplir les informations ci-dessous. Si vous n'êtes pas certain, veuillez demander de l'aide auprès de votre banque. Veuillez noter le Code SWIFT de votre Banque et le numéro de Compte Bancaire de la banque intermédiaire :</i>		

En cas de décision positive, le fait que nous soyons en possession de vos coordonnées bancaires permettra de procéder plus rapidement au paiement. Nous pouvons uniquement transférer des fonds vers un compte bancaire ouvert à votre nom.

## Formulaire de consentement et de renonciation de la Claims Conference

- Je certifie que toutes les déclarations précédentes et ci-jointes sont exactes.
- J'ai conscience que le fait de formuler sciemment de fausses déclarations conduira au rejet de ma demande. Les décisions positives basées sur de fausses informations seront rejetées et je restituerai l'intégralité des fonds versés par la Claims Conference.
- Lorsque je suis dans l'obligation, en vertu de la présente déclaration ou autrement, de restituer un paiement à la Claims Conference, je reconnais par les présentes être également tenu de rembourser à la Claims Conference toutes les dépenses engagées par la Claims Conference pour obtenir le remboursement des paiements concernés.
- Je comprends et reconnais par les présentes que les critères d'éligibilité appliqués s'appuient exclusivement sur les règles appliquées en Allemagne et que les paiements se basent sur le droit allemand. Je reconnais de manière inconditionnelle par les présentes que les tribunaux de Francfort-sur-le-Main, en Allemagne, disposent de la juridiction exclusive sur les présentes. Je reconnais en outre que tout litige sera réglé conformément aux lois de la République Fédérale d'Allemagne.
- Je comprends qu'il s'agit d'une assistance financière et non d'un droit, et, sans contrevenir à la disposition précédente, je renonce de manière irrévocable, dans toute la mesure autorisée par la loi, à toute réclamation actuelle ou future à l'encontre de la Claims Conference concernant le traitement de mon dossier.
- Je reconnais que la Claims Conference pourra demander à obtenir des informations et des documents supplémentaires afin de traiter le versement de ma pension.
- J'ai conscience que cette pension est individuelle et qu'elle n'ouvre pas droit à transmission.

### CONSENTEMENT à la collecte des données personnelles sensibles

J'autorise les autorités, les tribunaux, les archives et les institutions d'Allemagne et d'ailleurs à autoriser la Claims Conference à accéder à mes dossiers en ce qui concerne le Fonds de pension à destination des Justes dans le but d'obtenir les informations nécessaires à l'examen et au traitement de ma demande.

Je suis conscient que ces documents et ces informations peuvent également contenir les catégories spéciales d'informations personnelles suivantes : nom, adresse, âge, date de naissance, sexe, formation, profession, données personnelles relatives à l'origine ethnique, aux opinions politiques, syndicales ou idéologiques, aux croyances religieuses, et données relatives à l'état de santé.

Je comprends que les informations me concernant collectées dans le cadre de ce formulaire, et celles concernant les autres personnes mentionnées dans ce document comme ma famille, mon tuteur ou mon médecin (« Tiers »), seront traitées conformément à la politique de confidentialité de la Claims Conference, que vous trouverez ici : <http://www.claimscon.org/about/privacy-policy>. Je confirme avoir informé les tiers de cette politique de confidentialité et avoir obtenu leur consentement en ce qui concerne le traitement de leurs données personnelles par la Claims Conférence et par tout autre tiers mentionné dans la politique de confidentialité.

Le traitement de ces données est nécessaire au traitement de ma demande de prestations, en relation à un ou plusieurs fonds d'indemnisation de la Claims Conference.

J'ai conscience que les données personnelles traitées en lien avec cette demande pourront être transférées aux bureaux de la Claims Conference, aux États-Unis, en Allemagne et en Israël. Je reconnais en outre que mes données personnelles pourront être transmises au Ministère des

Affaires Etrangères allemand et à l'Office Fédéral en charge des Audits allemand, uniquement à des fins d'examen et d'audit, dans le cadre des dispositions de protection des données appliquées par la République Fédérale d'Allemagne.

Les informations liées à mon origine ethnique, à mes opinions politiques ou idéologiques, à mes croyances religieuses, à mon appartenance à un syndicat et à ma santé sont considérées comme appartenant à des catégories de données spéciales en vertu du droit européen sur la protection des données (« Données personnelles sensibles »). En vertu du droit européen en matière de protection des données, mon consentement exprès est indispensable au traitement de Données Personnelles Sensibles.

En appliquant ma signature ci-dessous, je reconnais expressément par les présentes qu'afin de déterminer mon éligibilité à bénéficier du Fonds de Pension à destination des Justes non-Juifs et afin de recevoir les paiements associés :

- Mes **données personnelles sensibles** seront traitées par la Claims Conference dans le but de déterminer mon éligibilité à bénéficier des prestations des programmes de la Claims Conference spécifiés ci-dessus.
- Mes **données personnelles sensibles** seront partagées avec le Ministère des Affaires Etrangères allemand et l'Office Fédéral en charge des Audits allemand.
- Si besoin, mes données personnelles et mes **données personnelles sensibles** collectées dans le cadre du présent formulaire pourront être transmises en dehors de l'Espace Economique Européen.

La Claims Conference reconnaît mes droits en relation à mes informations personnelles, tels qu'ils sont définis dans la politique de confidentialité de la Claims Conference sur

<http://www.claimscon.org/about/privacy-policy>.

Je comprends que je peux retirer mon consentement à n'importe quel moment. Afin de retirer mon consentement, d'exercer les droits qui me sont accordés en vertu de la politique de confidentialité ou afin de soumettre une réclamation, je reconnais que je dois contacter la Claims Conference à l'adresse électronique suivante [privacy@claimscon.org](mailto:privacy@claimscon.org) ou à l'adresse suivante PO Box 1215, New York, New York 10113. La révocation de mon consentement n'affectera pas la légalité du traitement déjà effectué sur la base de mon consentement jusqu'à sa révocation. En cas de révocation de mon consentement, je reconnais que la Claims Conference pourra ne pas être en mesure de traiter ma demande ou de se conformer aux obligations qui lui incombent afin de procéder à un paiement.

# Fonds de Pension à destination des Justes

## CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE SIGNÉ AU MOMENT DE LA CERTIFICATION DE L'IDENTITE DU DEMANDEUR

Auprès d'une mairie, d'une administration publique, d'un service social, d'un consulat, d'une banque, d'une étude notariale, etc.

Nom du demandeur en caractère d'imprimerie :		
Signature du demandeur :	Date : (Jour/Mois/Année)	Ville et Pays :

Lorsque le demandeur n'est pas en mesure de signer le présent formulaire, un **représentant autorisé** sera autorisé à le signer en son nom.

Signature du représentant autorisé :	Date : (Jour/Mois/Année)	Ville et Pays :
--------------------------------------	-----------------------------	-----------------

**Je certifie que le demandeur ou le représentant autorisé a signé le formulaire de demande en ma présence et que son identité a pu être confirmée grâce à :**

- Un passeport  
 Un autre document d'identité (veuillez indiquer le nom du document) :

Numéro du document d'identité :

À noter :

**Une copie du document d'identité utilisé pour vérifier l'identité du demandeur devra être jointe à la demande.**

Nom de l'agent de certification :

Titre :

Organisation :

Date : (Jour/Mois/Année)

Signature et tampon de l'agent de certification :