

Deutsche Versicherungsnummer
מספר ביטוח פנסיה גרמני

Kennzeichen (soweit bekannt)
קוד (אם ידוע)

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

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

Eingangsstempel ZRBG 100

Antrag auf Altersrente für ehemalige Ghettobeschäftigte mit Wohnsitz im Ausland
בקשה לקצבת זקנה עבור פועלי גטו לשעבר המתגוררים מחוץ לגרמניה

1.	Angaben zur Person	פרטים אישיים של מגיש/ת הבקשה
	Name	שם המשפחה
	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)	שמות פרטיים (נא למתוח קו מתחת לשם המקובל)
	Geburtsname	שם משפחה מלפני הנישואין
	Frühere Namen	שמות משפחה ופרטיים קודמים
	Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr)	תאריך הלידה (שנה / חודש / יום)
	Geschlecht	מין
	<input type="checkbox"/> männlich זכר <input type="checkbox"/> weiblich נקבה	
	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)	אזרחות (ואזרחות בעבר - אם היה שונה - עד תאריך)
	Geburtsort (Kreis, Land)	מקום לידה (מחוז, ארץ)
	Straße, Hausnummer	רחוב, מס' בית
	Postleitzahl	מיקוד
	Wohnort / Staat	מקום מגורים / ארץ
	Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	מס' טלפון בזמן היום (לא חייבים לתת)
	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	מס' פקס, מייל אלקטרוני (לא חייב)
	Familienstand	מצב משפחתי:
	nicht verheiratet (ledig, verwitwet oder geschieden)	לא נשוי (רווק/ה, אלמן/ה, או גרוש/ה)
	verheiratet / wiederverheiratet	נשוי/ נשואה, נשוי/נשואה מחדש

2.	Antragstellung durch andere Personen		הגשת הבקשה על-ידי צד שלישי
	Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen.		נא לצרף ייפּו כּוּח או החלטת בית המשפט
	Der Antrag wird in Vertretung gestellt von		הבקשה הוגשה על-ידי הנציג הבא:
	Name		שם משפחה
	Vorname		שם פרטי
	Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)		משרד (מספר תיק - אם מתאים)
	in der Eigenschaft als		המכהן בתור
	Gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/>	נציג חוקי
	Vormund <input type="checkbox"/>	אפוטרופוס
	Betreuer <input type="checkbox"/>	מטפל, ממונה, מורשה
	Bevollmächtigter <input type="checkbox"/>	מיפּוּה כּוּח
	Straße, Hausnummer		רחוב, מספר בית
	Postleitzahl		מיקוד
	Wohnort / Staat		מקום מגורים / ארץ
	Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		מס' טלפון בזמן היום (לא חייבים לתת)
	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)		מס' פקס, מייל אלקטרוני (לא חייב)
3.	Verfolgteigenschaft		הכרה כנרדף (על-ידי הנאצים)
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!		נא לצרף את כל המסמכים הקיימים!
3.1	Sind Sie Angehörige(r) des Judentums?	ja <input type="checkbox"/> כן nein <input type="checkbox"/> לא	את/ה יהודי/יה ?
3.2	Sind Sie als Verfolgte(r) im Sinne des § 1 Bundesentschädigungsgesetzes (BEG) anerkannt durch (z. B. Entschädigungsbehörde, Jewish Claims Conference, Bundesministerium für Finanzen)?	↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	האם הוכרת כנרדף/ת במובן של חוק הפיצויים הפדרלי הגרמני (BEG) סעיף 1, (למשל על-ידי משרד פיצויים, וועידת התביעות, משרד הכספים הפדרלי) ?
	Entschädigungsbehörde /	_____	משרד הפיצויים
	Aktenzeichen	_____	מספר התיק
		nein <input type="checkbox"/> לא	

4. Angaben zur Ghetto-Arbeit		נתונים על העבודה בגטו	
Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!		נא לצרף את כל המסמכים הקיימים!	
4.1	In welchen Ghettos hielten Sie sich zwangsweise auf?	↓	↓
a)	Ort, Bezirk, Gebiet, Land Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ - _____ / _____	באיזה גטאות שהית בתנאי כפייה? מקום, מחוז, איזור ארץ תקופה מ – עד חודש/שנה - חודש/שנה
b)	Ort, Bezirk, Gebiet, Land Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ - _____ / _____	מקום, מחוז, איזור ארץ תקופה מ – עד חודש/שנה - חודש/שנה
c)	Ort, Bezirk, Gebiet, Land Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ - _____ / _____	מקום, מחוז, איזור ארץ תקופה מ – עד חודש/שנה - חודש/שנה
4.2	Haben Sie in einem der unter Ziffer 4.1 angegebenen Ghettos gearbeitet?	↓	↓
a)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Art der Arbeit	_____ / _____ - _____ / _____ _____ _____	האם עבדת באחד הגטאות הרשומים תחת מספר 4.1? תקופה מ – עד חודש/שנה - חודש/שנה מקום העבודה / מעסיק סוג העבודה
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Art der Arbeit	_____ / _____ - _____ / _____ _____ _____	תקופה מ – עד חודש/שנה - חודש/שנה מקום העבודה / מעסיק סוג העבודה
c)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Art der Arbeit	_____ / _____ - _____ / _____ _____ _____	תקופה מ – עד חודש/שנה - חודש/שנה מקום העבודה / מעסיק סוג העבודה
		nein <input type="checkbox"/> לא	
4.3	Haben Sie auch außerhalb der unter Ziffer 4.1 angegebenen Ghettos gearbeitet?	↓	↓
a)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber	_____ / _____ - _____ / _____ _____	האם עבדת גם מחוץ לגטאות המפורטים תחת מספר 4.1? תקופה מ – עד חודש/שנה - חודש/שנה מקום העבודה / מעסיק

	Sind Sie täglich in das Ghetto zurückgekehrt?	ja <input type="checkbox"/> כן nein <input type="checkbox"/> לא	את/ה חזרת לגטו כל יום ?
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ - _____ / _____	תקופה מ- עד חודש/שנה - חודש/שנה
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber	_____	מקום העבודה / מעסיק
	Sind Sie täglich in das Ghetto zurückgekehrt?	ja <input type="checkbox"/> כן nein <input type="checkbox"/> לא	את/ה חזרת לגטו כל יום ?
c)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ - _____ / _____	תקופה מ- עד חודש/שנה - חודש/שנה
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber	_____	מקום העבודה / מעסיק
	Sind Sie täglich in das Ghetto zurückgekehrt?	ja <input type="checkbox"/> כן nein <input type="checkbox"/> לא	את/ה חזרת לגטו כל יום ?
		nein <input type="checkbox"/> לא	
4.4	Haben Sie sich um die Arbeit innerhalb (Ziffer 4.2) oder außerhalb des Ghettos (Ziffer 4.3) selbst bemüht bzw. wurde sie Ihnen z. B. vom Judenrat vermittelt?	↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	את/ה מצאת את העבודה בתוך (מס' 4.2) או מחוץ לגטו (מס' 4.3) בכוחות עצמך או מצאת אותה באמצעות תיווך כמו למשל של וועד היהודים (Judenrat) ?
	Name des Ghettos	_____	שם הגטו
	Name des Ghettos	_____	שם הגטו
	Name des Ghettos	_____	שם הגטו
	Ich wurde zu allen angegebenen Arbeiten gegen meinen Willen gezwungen und hätte sie nicht ohne Gefahr für Leib, Leben oder meine Restfreiheit ablehnen können.	nein <input type="checkbox"/> לא	אני אולצתי לעשות את כל העבודות המצוינות נגד הרצון שלי ולא הייתי יכול/ה לדחותן מבלי לסכן את החיים ואת שאר החופש שלי.
5.	Verfolgungsbedingte Ersatzzeiten	תקופות חלופיות על-פי רדיפות הנאצים	
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	נא לצרף את כל המסמכים הקיימים !	
	Haben Sie weitere nationalsozialistische Gewaltmaßnahmen erlitten? (z. B. Tragen des Judensterns, Leben in der Illegalität oder unter falschem Namen, Zwangsarbeitslager, Konzentrationslager)	↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	את/ה סבלת מאמצעי אלימות נאצינל-סוציאליסטיים נוספים (כמו למשל לבישת צלב צהוב, חיים באי-חוקיות או תחת שם אחר, מחנה עבודת כפיה, מחנה ריכוז) ?
a)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ - _____ / _____	תקופה מ- עד חודש/שנה - חודש/שנה
	Art der Verfolgung	_____	צורת הרדיפות
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ - _____ / _____	תקופה מ- עד חודש/שנה - חודש/שנה
	Art der Verfolgung	_____	צורת הרדיפות
c)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ - _____ / _____	תקופה מ- עד חודש/שנה - חודש/שנה

Art der Verfolgung	_____	צורת הרדיפות
	nein <input type="checkbox"/> לא	

6. Zeiten in Deutschland		תקופות מגורים בגרמניה	
Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!		נא לצרף את כל המסמכים הקיימים!	
6.1	Haben Sie sich nach Ihrer Verfolgung in Deutschland (z. B. in einem DP-Lager) aufgehalten?	↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	האם את/ה אחרי הרדיפות שהית בגרמניה (למשל במחנה עקורים)?
a)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Aufenthaltort	____ / ____ - ____ / ____ _____	תקופה מ- עד חודש/שנה - חודש/שנה מקום השהיה
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Aufenthaltort	____ / ____ - ____ / ____ _____	תקופה מ- עד חודש/שנה - חודש/שנה מקום השהיה
		nein <input type="checkbox"/> לא	
6.2	Haben Sie in Deutschland gearbeitet?	↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	האם את/ה עבדת בגרמניה?
a)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Art der Arbeit	____ / ____ - ____ / ____ _____ _____	תקופה מ- עד חודש / שנה - חודש / שנה מקום העבודה / מעסיק סוג העבודה
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Art der Arbeit	____ / ____ - ____ / ____ _____ _____	תקופה מ- עד חודש / שנה - חודש / שנה מקום העבודה / מעסיק סוג העבודה
		nein <input type="checkbox"/> לא	
7. Zeiten im Ausland		תקופות ביטוח מחוץ לגרמניה	
Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!		נא לצרף את כל המסמכים הקיימים!	
7.1	Haben Sie im Ausland Beiträge zu einem Versicherungsträger gezahlt?	↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	האם את/ה שילמת דמי ביטוח למוסד ביטוח סוציאלי כלשהו מחוץ לגרמניה?
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Versicherungsträger	____ / ____ - ____ / ____ _____	תקופה מ- עד חודש / שנה - חודש / שנה שם מוסד הביטוח
	Staat		מדינה
	Ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen		מספר הביטוח / מספר התיק בחו"ל
		nein <input type="checkbox"/> לא	

7.2	Haben Sie sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in den Niederlanden bzw. nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten : Australien, Dänemark, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?	↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	האם את/ה גרת באופן קבוע בהולנד אחרי שהגעת לגיל של 15 שנים או באחת הארצות הבאות אחרי שהגעת לגיל של 16 שנים: אוסטרליה, דנמרק, פינלנד, איסלנד, ישראל, קנדה/קוויבק, ליכטנשטיין, נורבגיה, שוודיה, שוויצריה?
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ - _____ / _____	תקופה מ- עד חודש / שנה - חודש / שנה
	Staat		מדינה
		nein <input type="checkbox"/> לא	
8.	Zeiten des Schul- / Fachschul- oder Hochschulbesuchs (auch im Ausland)	תקופות לימודים בבתי ספר / מכללות / מכונים / אוניברסיטאות (גם בחו"ל)	
	Haben Sie nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schule, Fachschule oder Hochschule besucht? Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei, z. B. Schulzeugnis, Unterlagen zum Besuch einer Hochschule	↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	האם למדת בבית-ספר, מכללה, מכון או אוניברסיטה אחרי שהגעת לגיל של 17 שנים? נא לצרף את כל המסמכים הקיימים, כמו למשל תעודת גמר בית ספר, דיפלומה, מסמכים המוכיחים את תקופות הלימודים וכו'
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ - _____ / _____	תקופה מ- עד חודש / שנה - חודש / שנה
		nein <input type="checkbox"/> לא	
9.	Angaben zu Kindern	פרטים של ילדים	
	Haben Sie Kinder erzogen, die vor dem 01.01.1950 geboren sind?	↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	האם גידלת ילדים שנולדו לפני 01/01/1950?
a)	geboren am (Tag / Monat / Jahr)		נולד/ה ב- (שנה / חודש / יום)
	geboren in		נולד/ה ב- (מקום)
b)	geboren am (Tag / Monat / Jahr)		נולד/ה ב- (שנה / חודש / יום)
	geboren in		נולד/ה ב- (מקום)
		nein <input type="checkbox"/> לא	
10.	Andere Leistungen	קצבאות/גמלאות/מענקים אחרים	
	Beziehen oder bezogen Sie eine der nachstehenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?	האם את/ה מקבלת או קיבלת או היגשת בקשה לאחת הקצבאות הבאות?	
	Art der Leistung	סוג הקצבה	
10.1	Hinterbliebenenrente aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung	↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	קצבת שאירים מביטוח הפנסיות הגרמני הממשלתי
	Verstorbener Versicherter		מבוטח/ת ז"ל
	Name		שם משפחה
	Vorname		שם פרטי

	Geburtsname		שם נעורים																				
	Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr)		תאריך לידה (שנה / חודש / יום)																				
	Deutsche Versicherungsnummer	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>																					מספר הביטוח (התיק) הגרמני
		nein <input type="checkbox"/> לא																					
10.2	Leistungen aus der deutschen oder einer ausländischen Unfallversicherung	↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	קצבה מביטוח תאונה גרמני או מארץ אחרת																				
	Unfalltag (Tag / Monat / Jahr)		תאריך התאונה (שנה / חודש / יום)																				
	Art der Leistung		סוג הקצבה																				
	Aktenzeichen		מספר תיק																				
	Behörde		רשות																				
		nein <input type="checkbox"/> לא																					
10.3	Leistung nach der Anerkennungsrichtlinie für Ghetto-Arbeit vom Bundesamt für zentrale Dienste und offene Vermögensfragen	↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	קצבה חד-פעמית תחת קו מנחה של הממשלה הגרמנית הפדראלית מהלשכה הפדראלית לענייני שירותים מרכזיים ושאלות רכוש תלויות ועומדות (BADV)																				
	Aktenzeichen		מספר תיק																				
		nein <input type="checkbox"/> לא																					
11.	Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers	הצהרת מגיש/ת הבקשה																					
	<p>Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe.</p> <p>Ich verpflichte mich, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenantrags bis zum Rentenbeginn sich meine Anschrift ändert.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass der zuständige Träger der gesetzlichen Rentenversicherung in allen Gerichts- und Behördenakten, die im Zusammenhang mit dem geltend gemachten Anspruch stehen, insbesondere Entschädigungsakten, Einsicht nehmen kann.</p>	<p>אני מבטיח/ה שנתתי את כל המידע בטופס זה ובנספחים המצורפים למיטב ידיעתי.</p> <p>אני מתחייב/ת באופן מיידי להודיע למוסד לביטוח פנסיות אם אחרי הגשת בקשה זו עד להתחלת תשלום הפנסיה תשתנה הכתובת שלי.</p> <p>הריני נותן/נותנת בזאת את הסכמתי לכך שהמוסד המוסמך של ביטוח הפנסיות הגרמני הממשלתי יכול לדרוש ולעיון בכל התיקים של בתי משפט ורשויות הקשורים בתביעתי הנטענת, במיוחד בתיקי פיצויים.</p>																					

12.	Wahrheitsgemäße Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers	הצהרת אמת של מגיש/ת הבקשה	
	Ich erkläre hiermit nach bestem Wissen und Gewissen, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und nichts verschwiegen wurde, was der Sachaufklärung dienen könnte. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.	אני מצהיר/ה לפי מיטב ידיעתי ומצפוני שמסרתי את כל הנתונים של שאלון זה לפי האמת ואני לא הסתרת נתונים שעלולים לעזור להבהרת תיקי. ידוע לי כי מסירת נתונים כוזבים ביודעין עלולה לגרום תביעה לדין פלילי.	
Ort, Datum Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers	_____ _____	מקום, תאריך חתימת מגיש/ת הבקשה	
Als Anlagen sind beigefügt:		מסמכים מצורפים:	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			