

Deutsche Versicherungsnummer
מספר ביטוח פנסיה גרמני

Kennzeichen (soweit bekannt)
קוד (אם ידוע)

--	--



Antrag auf Witwen- / Witwerrente für Hinterbliebene von ehemaligen Ghettobeschäftigten mit Wohnsitz im Ausland
בקשה לקצבת אלמן / אלמנה עבור השאירים של פועלי גטאות לשעבר המתגוררים מחוץ לגרמניה

1.	Angaben zur Person der / des Versicherten	פרטים אישיים של המבוטח/ת
	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 <input type="checkbox"/> weiblich זכר נקבה	
	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)	אזרחות (ואזרחות בעבר - אם היה שונה - עד לתאריך)
	Geburtsort (Kreis, Land)	מקום לידה (מחוז, ארץ)
	Sterbedatum (Tag / Monat / Jahr)	תאריך הפטירה (שנה / חודש / יום)
	Bitte Sterbeurkunde beifügen!	נא לצרף תעודת פטירה!
2.	Angaben zur Person der Witwe / des Witwers	פרטים אישיים של האלמן / האלמנה
	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 <input type="checkbox"/> weiblich זכר נקבה	
	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)	אזרחות (ואזרחות בעבר - אם היה שונה - עד לתאריך)
	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)																				
Waren Sie in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung versichert?	ja <input type="checkbox"/> כן nein <input type="checkbox"/> לא	האם היית מבטוח/ת בביטוח הפנסיות הממשלתי הגרמני?																				
Versicherungsträger		שם מוסד הביטוח																				
Wurde eine Versicherungsnummer vergeben?	ja <input type="checkbox"/> כן nein <input type="checkbox"/> לא	את/ה קיבלת מספר ביטוח ?																				
Versicherungsnummer der / des Hinterbliebenen	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																					מספר הביטוח של האלמן / האלמנה
Tag der Eheschließung mit der / dem Versicherten (Tag / Monat / Jahr)		תאריך הנשואים עם המבטוח/ת (שנה / חודש / יום)																				
Bestand diese Ehe bis zum Tod der / des Versicherten?	ja <input type="checkbox"/> כן nein <input type="checkbox"/> לא	האם נשואים אלו היו עוד בתוקף בעת פטירת המבטוח/ת?																				
Hat die Witwe / der Witwer nach dem Tod des / der Versicherten wieder geheiratet ?	ja <input type="checkbox"/> כן nein <input type="checkbox"/> לא	האם האלמן/ אלמנה נשא/ ה מחדש לאחר מותו/מותה של המבטוח/ת?																				
Wiederheirat am (Tag / Monat / Jahr)		תאריך הנשואים החדשים (שנה / חודש / יום)																				
3.	Antragstellung durch andere Personen	הגשת הבקשה על-ידי מיופה-כוח																				
	Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen.	נא לצרף ייפו כוח 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		בתפקיד																				
Gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/>	נציג חוקי																				
Vormund <input type="checkbox"/>	אפוטרופוס																				
Betreuer <input type="checkbox"/>	מטפל, ממונה, מורשה																				
Bevollmächtigter <input type="checkbox"/>	מיופה כוח																				
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)

4.	Verfolgteineigenschaft der / des Versicherten	הכרת המבוטח/ת כנרדף/נרדפת (על-ידי הנאצים)		
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	נא לצרף את כל המסמכים הנמצאים ברשותך !		
4.1	War die / der Versicherte Angehörige(r) des Judentums?	ja <input type="checkbox"/> כן nein <input type="checkbox"/> לא	האם המבוטח/ת היה/היתה יהודי/יה?	
4.2	War die / der Versicherte 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 המבוטח/ת הוכרה/ כנרדף/ת במובן של חוק הפיצויים הפדרלי הגרמני (BEG) סעיף 1, (למשל על-ידי משרד פיצויים, וועדת התביעות, משרד הכספים הפדרלי) ?	
	Entschädigungsbehörde / Aktenzeichen	_____ _____	משרד הפיצויים מספר התיק	
		nein <input type="checkbox"/> לא		
5.	Angaben zur Ghetto-Arbeit	נתונים על העבודה בגטו		
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	נא לצרף את כל המסמכים הנמצאים ברשותך !		
5.1	In welchen Ghettos hielt sich die / der Versicherte zwangsweise auf?	↓ ↓	באיזה גטאות המבוטח/ת שהה / שהתה בכפייה ?	
a)	Ort, Bezirk, Gebiet, Land Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ _____ ____ / ____ - ____ / ____	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	_____ _____ ____ / ____ - ____ / ____
5.2	Hat die / der Versicherte in einem der unter Ziffer 5.1 angegebenen Ghettos gearbeitet?	↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	האם המבוטח/ת עבד/ה באחד הגטאות הרשומים תחת מספר 5.1 ?	
	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	תקופה מ – עד חודש/שנה - חודש/שנה	

	Arbeitsstelle / Arbeitgeber Art der Arbeit	_____	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	
5.3	Hat die / der Versicherte auch außerhalb der unter Ziffer 5.1 angegebenen Ghettos gearbeitet?	↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	האם המבוטח/ת עבד/ה גם מחוץ לגטאות המפורטים תחת מספר 5.1?
a)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Ist sie / er täglich in das Ghetto zurückgekehrt?	_____ / _____ - _____ / _____ _____	תקופה מ- עד חודש/שנה - חודש/שנה מקום העבודה / מעסיק האם הוא/היא חזר/ה כל יום לגטו?
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Ist sie / er täglich in das Ghetto zurückgekehrt?	_____ / _____ - _____ / _____ _____	תקופה מ- עד חודש / שנה - חודש / שנה מקום העבודה / מעסיק האם הוא/היא חזר/ה כל יום לגטו?
c)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Ist sie / er täglich in das Ghetto zurückgekehrt?	_____ / _____ - _____ / _____ _____	תקופה מ- עד חודש / שנה - חודש / שנה מקום העבודה / מעסיק האם הוא/היא חזר/ה כל יום לגטו?
		nein <input type="checkbox"/> לא	
5.4	Hat die / der Versicherte sich um die Arbeit innerhalb (Ziffer 5.2) oder außerhalb des Ghettos (Ziffer 5.3) selbst bemüht bzw. wurde sie z. B. vom Judenrat vermittelt?	↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	האם המבוטח/ת מצא/ה את העבודה בתוך (מס' 5.2) או מחוץ לגטו (מס' 5.3) בכוחות עצמו/ עצמה או מצא/ה אותה באמצעות תיווך כמו למשל של וועד היהודים (Judenrat)?
	Name des Ghettos		שם הגטו
	Name des Ghettos		שם הגטו
	Name des Ghettos		שם הגטו
	Sie / Er wurde zu allen angegebenen Arbeiten gegen ihren / seinen Willen gezwungen und hätte sie nicht ohne Gefahr für Leib, Leben oder ihre / seine Restfreiheit ablehnen können.	nein <input type="checkbox"/> לא	הוא/ היא אולץ/ אולצה לעשות את כל העבודות המצוינות נגד הרצון שלו/ שלה ולא היה/היתה יכול/ה לדחות מבלי לסכן את החיים ואת שאר החופש שלו/ שלה.
6.	Verfolgungsbedingte Ersatzzeiten	תקופות חלופיות על-פי רדיפות הנאצים	
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	נא לצרף את כל המסמכים הנמצאים ברשותך!	
	Hat die / der Versicherte 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 נאצינול-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 Art der Verfolgung	____ / ____ - ____ / ____ _____	תקופה מ – עד חודש/שנה - חודש/שנה סוג הרדיפות
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Art der Verfolgung	____ / ____ - ____ / ____ _____	תקופה מ – עד חודש/שנה - חודש/שנה סוג הרדיפות
c)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Art der Verfolgung	____ / ____ - ____ / ____ _____	תקופה מ – עד חודש/שנה - חודש/שנה סוג הרדיפות
		nein <input type="checkbox"/> לא	
7.	Zeiten in Deutschland	תקופות מגורים בגרמניה	
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	נא לצרף את כל המסמכים הנמצאים ברשותך !	
7.1	Hat sich die / der Versicherte nach der Verfolgung in Deutschland (z. B. in einem DP-Lager) aufgehalten?	↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	האם המבוטח/ת אחרי הרדיפות שהה/ שהתה 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	
7.2	Hat die / der Versicherte in Deutschland gearbeitet?	↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	האם המבוטח/ת עבד/ה 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	
8.	Zeiten im Ausland	תקופות ביטוח מחוץ לגרמניה	
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	נא לצרף את כל המסמכים הנמצאים ברשותך !	
8.1	Hat die / der Versicherte im Ausland Beiträge zu einem Versicherungsträger gezahlt?	↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	האם המבוטח/ת שילם/ שילמה תרומות למוסד ביטוח סוציאלי 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	
8.2	Hat die / der Versicherte 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 המבוטח/ת היה/היתה גרה באופן קבוע בהולנד אחרי שהגיע/ה לגיל של 15 שנים או באחת הארצות הבאות אחרי שהגיע/ה 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	
9.	Zeiten des Schul- / Fachschul- oder Hochschulbesuchs (auch im Ausland)	תקופות לימודים בבתי ספר / מכללות / מכונים / אוניברסיטאות (גם בחו"ל)	
	Hat die / der Versicherte 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 המבוטח/ת למד/ה בבית-ספר, מכללה, מכון או אוניברסיטה אחרי שהגיע/ה לגיל של 17 שנים? נא לצרף את כל המסמכים הנמצאים ברשותך, 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	
10.	Angaben zu Kindern	פרטים של ילדים	
	Hat die / der Versicherte Kinder erzogen, die vor dem 01.01.1950 geboren sind?	↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	האם המבוטח/ת גידל/ה 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	
11.	Sonstige Angaben	נתונים נוספים	
11.1	Wurde eine Ehe der / des Versicherten nach dem 30.06.1977 durch Ehescheidung aufgelöst / aufgehoben?	↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	האם נשואין כלשהן של המבוטח/ת בוטלו באמצעות גירושין אחרי תאריך 30/06/1977?
	Falls ja: Lebt der frühere Ehegatte noch?	Ja <input type="checkbox"/> כן nein <input type="checkbox"/> לא	אם כן: האם בן/בת הזוג הקודם/ת עדיין בחיים?
		Nicht bekannt <input type="checkbox"/> לא ידוע	
	Falls nein: Sterbedatum (Tag / Monat / Jahr)		אם לא: תאריך הפטירה (שנה / חודש / יום)

		nein <input type="checkbox"/> לא	
11.2	Bitte ausfüllen, wenn Witwerrente beantragt wird und die Versicherte vor dem 01.01.1986 verstorben ist	נא למלא במקרה של הגשת בקשה לקצבת אלמן ואם המבוטחת נפטרה לפני תאריך 01/01/1986	
	Hat die Versicherte den Unterhalt ihrer Familie überwiegend bestritten?	האם המבוטחת תרמה בעיקר ואת החלק הגדול לפרנסת המשפחה?	
		Ja <input type="checkbox"/> כן	nein <input type="checkbox"/> לא
12.	Angaben zur Einkommensanrechnung bei Witwenrenten / Witwerrenten	נתונים על הכנסה שיש להתחשב בה במקרה של קצבת אלמן/ה	
	- Nicht erforderlich, wenn die / der Versicherte vor dem 01.01.1986 gestorben ist. -	לא הכרחי אם המבוטח/ת נפטר/ה לפני 01/01/1986 . -	
	Bitte Nachweise beifügen!	נא לצרף הוכחות !	
12.1	Arbeitsentgelt	הכנסה מתעסוקה	
	Beziehen oder bezogen Sie ab Beginn der Rente wegen Todes Arbeitsentgelt ggf. auch im Ausland?	ja <input type="checkbox"/> כן	nein <input type="checkbox"/> לא
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	תקופה מ- עד חודש / שנה - חודש / שנה	
	Name und Anschrift des Arbeitgebers	שם וכתובת של המעסיק	
12.2	Arbeitseinkommen	הכנסה מעבודה עצמאית	
	Haben oder hatten Sie ab Beginn der Rente wegen Todes steuerrechtliche Gewinne (Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit) ggf. auch im Ausland erzielt?	ja <input type="checkbox"/> כן	nein <input type="checkbox"/> לא
	Zu den steuerrechtlichen Gewinnen zählen auch Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, wenn diese steuerrechtlich als Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit gewertet werden.	האם יש או היו לך רווחים מעבודה עצמאית תחת חוק המסים (הכנסה מחקלאות או יערנות, מסחר או עסק מקצועי או עבודה עצמאית) מאז התחלת קבלת הקצבה בגין מוות המבוטח/ת , גם אם זה מחוץ לגרמניה? גם הכנסות משכירות וחכירה נחשבות רווח על-פי חוק המסים אם הכנסות אלו נערכות לפי חוק המסים כהכנסה מחקלאות או יערנות, מסחר או עסק מקצועי או עבודה עצמאית.	
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	תקופה מ- עד חודש / שנה - חודש / שנה	
	Art der Selbständigkeit	סוג העבודה העצמאית	
13.	Andere Leistungen	קצבאות/ גמלאות/ מענקים אחרים	
	Beziehen oder bezogen Sie eine der nachstehenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?	האם את/ה מקבל/ת או קיבלת או היגשת בקשה לאחת הקצבאות הבאות ?	
	Art der Leistung	סוג הקצבה	

13.1	Rente aus eigener Versicherung aus der deutschen oder einer ausländischen Rentenversicherung oder vergleichbare Leistung für ehemalige Beschäftigte im öffentlichen Dienst	↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	פנסיה (קצבת זקנה) על בסיס הביטוח של עצמך שמשולמת על-ידי חברת ביטוח פנסיות בגרמניה או בחוץ לארץ או גימלה דומה לעובדי מדינה לשעבר.
	Bezugszeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ - _____ / _____	תקופת התשלום מ- עד חודש / שנה - חודש / שנה
	beantragt am (Tag / Monat / Jahr)		בקשה הוגשה ב- (שנה / חודש / יום)
	zahlende Stelle		הרשות המשלמת
	Aktenzeichen		מספר התיק
		nein <input type="checkbox"/> לא	
13.2	Leistungen aus der deutschen oder einer ausländischen Unfallversicherung	↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	קצבה מביטוח תאונות מחברת ביטוח מגרמניה או מחוץ לארץ
	Unfalltag (Tag / Monat / Jahr)		תאריך התאונה (שנה / חודש / יום)
	Art der Leistung		סוג הקצבה
	Aktenzeichen		מספר התיק
	Behörde		רשות
		nein <input type="checkbox"/> לא	
13.3	Leistung nach der Anerkennungsrichtlinie für Ghetto-Arbeit vom Bundesamt für zentrale Dienste und offene Vermögensfragen	↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	תשלום חד-פעמי 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	
14.	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 Rentenanspruchs 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 מצהיר/ה שמסרתי את כל הנתונים בשאלון זה ובנספחים המצורפים לפי מיטב ידיעתי.</p> <p>אני מתחייב/ת להודיע למוסד לביטוח פנסיות ללא דחוי אם יחול שנוי בכתובתי לאחר הגשת בקשה זו ועד להתחלת תשלום הפנסיה.</p> <p>הריני נותן/ת ונותנת בזאת את הסכמתי לכך שהמוסד המוסמך של ביטוח הפנסיות הגרמני הממשלתי ידרש ויעיין בכל התיקים של בתי משפט ורשויות הקשורים בתביעתי הנטענת, במיוחד בתיקי פיצויים.</p>	

15.	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 הסתרתי נתונים שעלולים לעזור להבהרת תיקי. ידוע לי כי מסירת נתונים כוזבים בידועין 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/>			