



<b>2.</b>	<b>Antragstellung durch andere Personen</b>	<b>Claim filed by third parties</b>	
	<b>Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen.</b>	<b>Please enclose authorization or court order.</b>	
	Der Antrag wird in Vertretung gestellt von	The claim is filed by the following representative	
	Name		Last name
	Vorname		First name
	Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)		Office (file number, if applicable)
	in der Eigenschaft als		in the capacity of
	<p style="text-align: right;">Gesetzlicher Vertreter</p> <p style="text-align: right;">Vormund</p> <p style="text-align: right;">Betreuer</p> <p style="text-align: right;">Bevollmächtigter</p>	<p style="text-align: center;">.... <input type="checkbox"/> ....</p> <p style="text-align: center;">.... <input type="checkbox"/> ....</p> <p style="text-align: center;">.... <input type="checkbox"/> ....</p> <p style="text-align: center;">.... <input type="checkbox"/> ....</p>	<p>legal representative</p> <p>guardian</p> <p>person in charge, custodian, carer</p> <p>authorized representative</p>
	Straße, Hausnummer		Street, house No.
	Postleitzahl		Postal code
	Wohnort / Staat		City / state
	Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Daytime telephone number (voluntary information)
	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)		Fax number, email address (voluntary information)
<b>3.</b>	<b>Verfolgteneigenschaft</b>	<b>Recognition of persecution</b>	
	<b>Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!</b>	<b>Please enclose all available documents!</b>	
3.1	Sind Sie Angehörige(r) des Judentums?	ja <input type="checkbox"/> yes      nein <input type="checkbox"/> no	Are you Jewish?
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"/> yes      ↓	Have you been recognized as a persecuted person within the meaning of § 1 Federal Indemnification Law (BEG) by (e.g. restitution authority, Jewish Claims Conference, Bundesministerium für Finanzen)?
	Entschädigungsbehörde /	_____	Restitution authority /
	Aktenzeichen	_____	File number
		nein <input type="checkbox"/> no	

4. Angaben zur Ghetto-Arbeit		Details of work in ghettos	
Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!		Please enclose all available documents!	
4.1	In welchen Ghettos hielten Sie sich zwangsweise auf?	↓	↓
a)	Ort, Bezirk, Gebiet,  Land  Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____	Place, district, area  Country  Period from – to Month / year – month / year
b)	Ort, Bezirk, Gebiet,  Land  Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____	Place, district, area  Country  Period from – to Month / year – month / year
c)	Ort, Bezirk, Gebiet,  Land  Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____	Place, district, area  Country  Period from – to Month / year – month / year
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	_____	Period from – to Month / year – month / year  Place of work / employer  Type of work performed
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr  Arbeitsstelle / Arbeitgeber  Art der Arbeit	_____	Period from – to Month / year – month / year  Place of work / employer  Type of work performed
c)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr  Arbeitsstelle / Arbeitgeber  Art der Arbeit	_____	Period from – to Month / year – month / year  Place of work / employer  Type of work performed
		nein <input type="checkbox"/> no	
4.3	Haben Sie auch <b>außerhalb</b> der unter Ziffer 4.1 angegebenen Ghettos gearbeitet?	↓	↓
a)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr  Arbeitsstelle / Arbeitgeber	_____	Period from – to Month / year – month / year  Place of work / employer

	Sind Sie täglich in das Ghetto zurückgekehrt?	ja <input type="checkbox"/> yes      nein <input type="checkbox"/> no	Did you return to the ghetto daily?
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ – _____ / _____	Period from – to Month / year – month / year
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber	_____	Place of work / employer
	Sind Sie täglich in das Ghetto zurückgekehrt?	ja <input type="checkbox"/> yes      nein <input type="checkbox"/> no	Did you return to the ghetto daily?
c)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ – _____ / _____	Period from – to Month / year – month / year
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber	_____	Place of work / employer
	Sind Sie täglich in das Ghetto zurückgekehrt?	ja <input type="checkbox"/> yes      nein <input type="checkbox"/> no	Did you return to the ghetto daily?
		nein <input type="checkbox"/> no	
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? Did you search for work within (Nr. 4.2) or outside the ghettos (No. 4.3) or were you placed in the job e.g. by the Jewish Council?		
	<input type="checkbox"/> ja/yes, im Ghetto/name of ghetto	<input type="checkbox"/> nein, ich wurde zu allen angegebenen Arbeiten gegen meinen Willen gezwungen und hätte sie nicht ohne Gefahr für Leib, Leben oder meine Restfreiheit ablehnen können.	
	<input type="checkbox"/> ja/yes, im Ghetto/name of ghetto	<input type="checkbox"/> no, I was forced to do the above work against my will and could not have refused to do this work without putting at risk my life or physical condition or my remaining freedom.	
	<input type="checkbox"/> ja/yes, im Ghetto/name of ghetto		
5.	<b>Verfolungsbedingte Ersatzzeiten</b>	<b>Substitute periods due to persecution</b>	
	<b>Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!</b>	<b>Please enclose all available documents!</b>	
	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"/> yes ↓	Did you suffer from further National Socialist violent measures? (e.g. wearing Yellow Star, life in illegality or under a false name, forced labour comps, concentration camps)
a)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ – _____ / _____	Period from – to Month / year – month / year
	Art der Verfolgung	_____	Type of persecution
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ – _____ / _____	Period from – to Month / year – month / year
	Art der Verfolgung	_____	Type of persecution
c)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ – _____ / _____	Period from – to Month / year – month / year
	Art der Verfolgung	_____	Type of persecution
		nein <input type="checkbox"/> no	

6. Zeiten in Deutschland		Periods of residence in Germany	
Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!		Please enclose all available documents!	
6.1	Haben Sie sich nach Ihrer Verfolgung in Deutschland (z. B. in einem DP-Lager) aufgehalten?	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	Did you reside in Germany after your persecution period (e.g. in displaced persons camps)?
a)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr  Aufenthaltort	____ / ____ – ____ / ____  _____	Period from – to Month / year – month / year  Place of residence
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr  Aufenthaltort	____ / ____ – ____ / ____  _____	Period from – to Month / year – month / year  Place of residence
		nein <input type="checkbox"/> no	
6.2	Haben Sie in Deutschland gearbeitet?	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	Did you work in Germany?
a)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr  Arbeitsstelle / Arbeitgeber  Art der Arbeit	____ / ____ – ____ / ____  _____  _____	Period from – to Month / year – month / year  Place of work / employer  Type of work performed
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr  Arbeitsstelle / Arbeitgeber  Art der Arbeit	____ / ____ – ____ / ____  _____  _____	Period from – to Month / year – month / year  Place of work / employer  Type of work performed
		nein <input type="checkbox"/> no	
7. Zeiten im Ausland		Insurance periods outside Germany	
Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!		Please enclose all available documents!	
7.1	Haben Sie <b>im Ausland</b> Beiträge zu einem Versicherungsträger gezahlt?	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	Have you paid any social security contributions to a pension agency <b>outside Germany</b> ?
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr  Versicherungsträger	____ / ____ – ____ / ____  _____	Period from – to Month / year – month / year  Pension agency
	Staat		State
	Ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen		Insurance number / file number abroad
		nein <input type="checkbox"/> no	

7.2	Haben Sie sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in den Niederlanden bzw. nach Vollendung des 16. Lebensjahres <b>gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten</b> : Australien, Dänemark, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	Have you, after completion of age 15, habitually resided in the Netherlands or, after completion of age 16, <b>habitually resided in one of the following countries</b> : Australia, Canada / Quebec, Denmark, Finland, Iceland, Israel, Liechtenstein, Norway, Sweden, Switzerland?								
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ – _____ / _____	Period from – to Month / year – month / year								
	Staat		State								
		nein <input type="checkbox"/> no									
<b>8.</b>	<b>Zeiten des Schul- / Fachschul- oder Hochschulbesuchs (auch im Ausland)</b>	<b>Periods of attendance of school / technical college or university (also outside Germany)</b>									
	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"/> yes ↓	Did you, after completion of age 17 attend school, a technical college or university? Please enclose all available documents, e.g. school certificates, enrollments verification from your university etc.								
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ – _____ / _____	Period from – to Month / year – month / year								
		nein <input type="checkbox"/> no									
<b>9.</b>	<b>Angaben zu Kindern</b>	<b>Information about children</b>									
	Haben Sie Kinder erzogen, die vor dem 01.01.1950 geboren sind?	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	Did you bring up any children who were born before January 1 <sup>st</sup> , 1950?								
a)	geboren am (Tag / Monat / Jahr)	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>									born on (Day / month / year)
geboren in		born in									
b)	geboren am (Tag / Monat / Jahr)	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>									born on (Day / month / year)
geboren in		born in									
		nein <input type="checkbox"/> no									
<b>10.</b>	<b>Andere Leistungen</b>	<b>Other benefits</b>									
	Beziehen oder bezogen Sie eine der nachstehenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?	Are you in receipt or have you received any of the benefits below or did you claim such a benefit?									
	Art der Leistung	Type of benefit									
10.1	<b>Hinterbliebenenrente</b> aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	German state <b>survivor's pension</b>								
	Verstorbener Versicherter		Deceased contributor								
	Name		Last name								
	Vorname		First name								
	Geburtsname		Name at birth								

	Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr)	<input type="text"/>	Date of birth (Day / month / year)
	Deutsche Versicherungsnummer	<input type="text"/>	German Insurance Number
		nein <input type="checkbox"/> no	
10.2	Leistungen aus der deutschen oder einer ausländischen <b>Unfallversicherung</b>	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	Benefit under an <b>accident insurance scheme</b> in Germany or abroad
	Unfalltag (Tag / Monat / Jahr)	<input type="text"/>	Date of accident (Day / month / year)
	Art der Leistung		Type of benefit
	Aktenzeichen		File number
	Behörde		Authority
		nein <input type="checkbox"/> no	
10.3	Leistung nach der Anerkennungsrichtlinie für Ghetto-Arbeit vom Bundesamt für zentrale Dienste und offene Vermögensfragen	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	Benefit from Bundesamt für zentrale Dienste und offene Vermögensfragen under the Directive concerning the recognition of ghetto work
	Aktenzeichen		File number
		nein <input type="checkbox"/> no	
<b>11.</b>	<b>Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers</b>	<b>Declaration of claimant</b>	
	<p>Ich versichere, <b>dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe.</b></p> <p><b>Ich verpflichte mich</b>, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenanspruchs bis zum Rentenbeginn sich meine Anschrift ändert.</p> <p><b>Ich bin damit einverstanden</b>, 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>I declare <b>that all the information provided on this form and the enclosures is true and correct to the best of my knowledge.</b></p> <p><b>I undertake to</b> immediately inform the German pension office of any changes of my address in the period between filing this claim and the commencement of pension payments.</p> <p><b>I agree</b> that the responsible German state pension office may inspect any files or records from courts and authorities, in particular restitution files, relating to the above claim.</p>	

12.	<b>Wahrheitsgemäße Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers</b>	<b>True declaration of claimant</b>	
	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.	I hereby declare that to the best of my knowledge the above information is true and that I did not suppress or conceal any information required above. I understand that if any statement is found to be wilfully incorrect legal action may be taken against me.	
Ort, Datum  Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers	<hr/> <hr/>		Place, date  Signature of claimant
<b>Als Anlagen sind beigefügt:</b>		<b>Enclosed documents:</b>	
<hr/> <hr/> <hr/>			