

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)



Deutsche
Rentenversicherung

Eingangsstempel

ZRBG 500

**Antrag auf Witwenrente / Witwerrente für Hinterbliebene von
ehemaligen Ghattobeschäftigten 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
	Bitte Sterbeurkunde beifügen!	נא לצרף תעודת פטירה!
	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
		männlich <input type="checkbox"/> זכר weiblich <input type="checkbox"/> נקבה
	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)	אזרחות (ואזרחות בעבר - אם היה שונה - עד תאריך)
	Geburtsort (Kreis, Land)	מקום לידה (מחוז, ארץ)
	Sterbedatum (Tag / Monat / Jahr)	תאריך הפטירה (שנה / חודש / יום)

2	Angaben zur Person der Witwe / des Witwers	פרטים אישיים של האלמן / האלמנה
2.1	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
		männlich <input type="checkbox"/> זכר weiblich <input type="checkbox"/> 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, Wohnort, Staat	מיקוד, מקום מגורים, ארץ

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

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

	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		מס' טלפון בזמן היום (לא חייבים לתת)																				
	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)		מס' פקס, מייל אלקטרוני (לא חייב)																				
2.2	Waren Sie in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung versichert?	nein <input type="checkbox"/> לא	האם היית מבוטח/ת בביטוח הפנסיות הממשלתי הגרמני?																				
		↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓																					
	Versicherungsträger Wurde eine Versicherungsnummer vergeben?	nein <input type="checkbox"/> לא	שם מוסד הביטוח את/ה קיבלת מספר ביטוח?																				
		↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓																					
	Versicherungsnummer der / des Hinterbliebenen	<table border="1"> <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> <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> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				מספר הביטוח של האלמן / האלמנה	
2.3	Tag der Eheschließung mit der / dem Versicherten (Tag / Monat / Jahr)	<table border="1"> <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> <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> <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>																					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?																					
2.4	Hat die Witwe / der Witwer nach dem Tod des / der Versicherten wieder geheiratet?	nein <input type="checkbox"/> לא	האם האלמן/ אלמנה נשא/ה מחדש לאחר מותו/מותה של המבטוח/ת?																				
		↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓																					
	Wiederheirat am (Tag / Monat / Jahr)	<table border="1"> <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> <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> <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>																					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 ייפוי 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	מכהן בתור
	gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/>	נציג חוקי <input type="checkbox"/> אפוטרופוס <input type="checkbox"/> מטפל, ממונה, מורשה <input type="checkbox"/> מיופה כוח <input type="checkbox"/>
	Straße, Hausnummer	רחוב, מספר בית
	Postleitzahl, Wohnort, Staat	מיקוד, 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)

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

4		Verfolgteigenschaft 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 / Angehöriger des Judentums oder gehörte die / der Versicherte zur Volksgruppe der Sinti und Roma?	nein <input type="checkbox"/> לא		האם המבוטח/ת היה/היתה משתייך/ת לעם היהודי או לבני הסינטי ורומא ("צוענים")?	
		ja, die / der Versicherte gehörte zum Judentum <input type="checkbox"/>	כן, המבוטח/ת היה/היתה משתייך/ת לעם היהודי <input type="checkbox"/>		
		ja, die / der Versicherte gehörte zur Volksgruppe der Sinti und Roma <input type="checkbox"/>	כן, המבוטח/ת היה/היתה משתייך/ת לבני הסינטי ורומא ("צוענים") <input type="checkbox"/>		
4.2	War die / der Versicherte als Verfolgte / Verfolgter im Sinne des § 1 Bundesentschädigungsgesetzes (BEG) anerkannt (durch z. B. Entschädigungsbehörde, Jewish Claims Conference, Bundesministerium für Finanzen)?	nein <input type="checkbox"/> לא		האם המבוטח/ת הוכר/ה כנרדף/ת במובן של חוק הפיצויים הפדרלי הגרמני (BEG) סעיף 1, (למשל על-ידי משרד פיצויים, וועדת התביעות, משרד הכספים הפדרלי)?	
		↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓			
		Entschädigungsbehörde			
Aktenzeichen				מספר התיק	
4.3	Wenn die Frage 4.2 verneint wurde, die / der Versicherte aber Leistungen wegen nationalsozialistischer Verfolgung von anderen inländischen oder ausländischen Stellen erhalten hat, dann fügen Sie bitte entsprechende Unterlagen (z. B. Kopien der Bewilligung) bei.			אם ענית על 4.2 בשלילה, אולם המבוטח/ת קיבל/ה הטבות בגין רדיפות הנאצים מגורם גרמני או מקור שמחוץ לגרמניה, עליך לצרף מסמכים רלבנטיים (כגון העתקים של האישור).	

5		Angaben zum zwangsweisen Aufenthalt der / des Versicherten		נתונים על שהייה שנכפתה על המבוטח/ת		
		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?		
		Ort, Bezirk, Gebiet / Land				מקום, מחוז, איזור / ארץ
		Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ bis / עד			
		a)	Ort, Bezirk, Gebiet / Land			
Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ bis / עד	תקופה (חודש / שנה)				
b)	Ort, Bezirk, Gebiet / Land		מקום, מחוז, איזור / ארץ			
Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ bis / עד	תקופה (חודש / שנה)				
c)	Ort, Bezirk, Gebiet / Land		מקום, מחוז, איזור / ארץ			
Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ bis / עד	תקופה (חודש / שנה)				
5.2	Wenn sich die / der Versicherte nicht in einem Ghetto aufgehalten hat: Durfte die / der Versicherte die Wohnung oder das Haus nur zum Zwecke der Arbeit sowie für die notwendigsten Besorgungen verlassen?	nein, die / der Versicherte konnte sich am Wohnort tagsüber weitgehend frei bewegen <input type="checkbox"/>		אם המבוטח/ת לא שיהה/שיהת בגטו: היה מותר לו/לה לצאת מהדירה או הבית למטרת עבודה וידיורים חיוניים בלבד?		
		↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓				
		Wohnort, Bezirk, Gebiet / Land				מקום, מחוז, איזור / ארץ
Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ bis / עד	תקופה (חודש / שנה)				

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

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

6		Angaben zur Arbeit der / des Versicherten	פרטים על העבודה של המבוטח/ת			
		Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	נא לצרף את כל המסמכים הנמצאים ברשותך!			
6.1	a)	Hat die / der Versicherte in einem der unter Ziffer 5.1 angegebenen Ghettos bzw. in dem unter Ziffer 5.2 angegebenen Wohnort gearbeitet?	nein <input type="checkbox"/> לא ja <input type="checkbox"/> כן		האם המבוטח/ת עבד/ה באחד הגטאות המפורטים תחת מספר 5.1 או במקום המגורים הרשום תחת מספר 5.2?	
		Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד		תקופה (חודש / שנה)
		Arbeitsstelle / Arbeitgeber				מקום העבודה / מעסיק
	b)	Art der Arbeit			סוג העבודה	
		Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)	
		Arbeitsstelle / Arbeitgeber			מקום העבודה / מעסיק	
	c)	Art der Arbeit			סוג העבודה	
		Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)	
		Arbeitsstelle / Arbeitgeber			מקום העבודה / מעסיק	
6.2	a)	Hat die / der Versicherte auch außerhalb der unter Ziffer 5.1 angegebenen Ghettos bzw. des unter Ziffer 5.2 angegebenen Wohnortes gearbeitet?	nein <input type="checkbox"/> לא ja <input type="checkbox"/> כן		האם המבוטח/ת עבד/ה גם מחוץ לגטאות המפורטים תחת מספר 5.1 או במקום המגורים המפורט תחת מספר 5.2?	
		Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד		תקופה (חודש / שנה)
		Arbeitsstelle / Arbeitgeber				מקום העבודה / מעסיק
	b)	Ist sie / er täglich in das Ghetto bzw. in den Wohnort zurückgekehrt?	ja <input type="checkbox"/> כן	nein <input type="checkbox"/> לא	האם הוא/היא חזר/ה לגטו או למקום המגורים כל יום?	
		Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)	
		Arbeitsstelle / Arbeitgeber			מקום העבודה / מעסיק	
	c)	Ist sie / er täglich in das Ghetto bzw. in den Wohnort zurückgekehrt?	ja <input type="checkbox"/> כן	nein <input type="checkbox"/> לא	האם הוא/היא חזר/ה לגטו או למקום המגורים כל יום?	
		Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)	
		Arbeitsstelle / Arbeitgeber			מקום העבודה / מעסיק	
	Ist sie / er täglich in das Ghetto bzw. in den Wohnort zurückgekehrt?	ja <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	האם הוא/היא חזר/ה לגטו או למקום המגורים כל יום?		

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

6.3	Hat die / der Versicherte sich um die Arbeit innerhalb (Ziffer 6.1) oder außerhalb des Ghettos (Ziffer 6.2) selbst bemüht oder wurde sie ihr / ihm z. B. vom Judenrat vermittelt?	האם המבוטח/ת מצא/ה את העבודה בתוך (מס' 6.1 או 6.2) או מחוץ לגטו בכוחות עצמו/עצמה או מצא/ה אותה באמצעות תיווך כמו למשל של וועד היהודים (Judenrat)?
	<input type="checkbox"/> nein, 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.	<input type="checkbox"/> לא, הוא/ היא אולץ/ אולצה לעשות את כל העבודות המצוינות נגד הרצון שלו/ שלה ולא היה/ היתה יכולה/ לדרחוק מבל"י לסכן את החיים ואת שאר החופש שלו/ שלה.
	↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	
	im Ghetto	שם הגטו
	im Ghetto	שם הגטו
	im Wohnort	שם מקום המגורים

7	Verfolgungsbedingte Ersatzzeiten	תקופות חלופיות על-פי רדיפות הנאצים		
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	נא לצרף את כל המסמכים הנמצאים ברשותך!		
a)	Hat die / der Versicherte weitere nationalsozialistische Gewaltmaßnahmen erlitten? (z. B. Tragen des Judensterns, Leben in der Illegalität oder unter falschem Namen, Zwangsarbeitslager, Konzentrationslager)	nein <input type="checkbox"/> לא	את/ה סבלת מאמצעי אלימות נאצי-נל-סוציאליסטיים נוספים (כמו למשל ענידת הטלאי הצהוב, חיים באי-חוקיות או תחת שם אחר, מחנה עבודת כפיה, מחנה ריכוז)?	
		↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓		
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)
b)	Art der Verfolgung	סוג הרדיפות		
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)
	Art der Verfolgung	סוג הרדיפות		
c)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)
	Art der Verfolgung	סוג הרדיפות		

8	Zeiten in Deutschland	תקופות מגורים בגרמניה		
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	נא לצרף את כל המסמכים הנמצאים ברשותך!		
8.1	Hat sich die / der Versicherte nach der Verfolgung in Deutschland (z. B. in einem DP-Lager) aufgehalten?	nein <input type="checkbox"/> לא	האם המבוטח/ת אחרי הרדיפות שהה/ שהתה בגרמניה (למשל במחנה עקורים)?	
		↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓		
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)
a)	Aufenthaltsort	מקום השהיה		
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)
	Aufenthaltsort	מקום השהיה		

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

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

8.2	Hat die / der Versicherte in Deutschland gearbeitet?	nein <input type="checkbox"/> לא		האם המבוטח/ת עבד/ה בגרמניה ?
		↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓		
a)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber			מקום העבודה / מעסיק
	Art der Arbeit			סוג העבודה
b)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber			מקום העבודה / מעסיק
	Art der Arbeit			סוג העבודה

9	Zeiten im Ausland	תקופות ביטוח מחוץ לגרמניה		
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	נא לצרף את כל המסמכים הנמצאים ברשותך !		
9.1	Hat die / der Versicherte im Ausland Beiträge zu einem Versicherungsträger gezahlt?	nein <input type="checkbox"/> לא		האם המבוטח/ת שילם/ שילמה תרומות למוסד ביטוח סוציאלי מחוץ לגרמניה ?
		↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓		
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)
	Versicherungsträger			שם מוסד הביטוח
	Staat Ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen			מדינה מספר הביטוח / מספר התיק בחו"ל
9.2	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?	nein <input type="checkbox"/> לא		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, שווייצריה?
		↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓		
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)
	Staat			מדינה

10	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	nein <input type="checkbox"/> לא		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'
		↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓		
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

11 Angaben zu Kindern		פרטים של ילדים		
a)	Hat die / der Versicherte Kinder erzogen, die vor dem 01.01.1950 geboren sind? (bitte Geburtsurkunde beifügen)	nein <input type="checkbox"/> לא	האם המבוטח/ת גידל/ה ילדים שנולדו לפני 01/01/1950? (נא לצרף תעודת לידה)	
		↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓		
	geboren am (Tag / Monat / Jahr)		נולדה ב- (שנה / חודש / יום)	
	geboren in		נולדה ב- (מקום)	
b)	Wurde das Kind in den ersten 10 Jahren überwiegend von der / dem Versicherten erzogen?	ja <input type="checkbox"/> כן	האם המבוטח/ת על-פי רוב גידל/ה את הילד במהלך 10 השנים הראשונות?	
		↓ nein <input type="checkbox"/> לא ↓		
	Erziehung (Monat / Jahr) ggf. Kind verstorben am (Tag / Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	גידול הילד (חודש / שנה) במידה שהילד נפטר, נא לציין תאריך הפטירה (שנה / חודש / יום)
	geboren am (Tag / Monat / Jahr)		נולדה ב- (שנה / חודש / יום)	
b)	geboren in		נולדה ב- (מקום)	
	Wurde das Kind in den ersten 10 Jahren überwiegend von der / dem Versicherten erzogen?	ja <input type="checkbox"/> כן	האם המבוטח/ת על-פי רוב גידל/ה את הילד במהלך 10 השנים הראשונות?	
		↓ nein <input type="checkbox"/> לא ↓		
	Erziehung (Monat / Jahr) ggf. Kind verstorben am (Tag / Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	גידול הילד (חודש / שנה) במידה שהילד נפטר, נא לציין תאריך הפטירה (שנה / חודש / יום)

12 Sonstige Angaben		נתונים נוספים	
12.1	Wurde eine Ehe der / des Versicherten nach dem 30.06.1977 durch Ehescheidung aufgelöst / aufgehoben?	nein <input type="checkbox"/> לא	האם נשואין כלשהן של המבוטח/ת בוטלו באמצעות גירושין אחרי תאריך 30/06/1977?
		↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	
	Lebt der frühere Ehegatte noch?	unbekannt <input type="checkbox"/> לא ידוע	האם בן/בת הזוג הקודם/ת עדיין בחיים?
	ja <input type="checkbox"/> כן		
	↓ nein <input type="checkbox"/> לא ↓		
	Sterbedatum (Tag / Monat / Jahr)		תאריך הפטירה (שנה / חודש / יום)
12.2	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 המבוטח/ת נפטרה לפני תאריך 01/01/1986	
	Hat die Versicherte den Unterhalt ihrer Familie überwiegend bestritten?	nein <input type="checkbox"/> לא	האם המבוטח/ת תרמה בעיקר ואת החלק הגדול לפרנסת המשפחה?
	ja <input type="checkbox"/> כן		

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

13	Angaben zur Einkommensanrechnung bei Witwenrenten / Witwerrenten	נתונים על הכנסה שיש להתחשב בה במקרה של קצבת אלמ/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!

13.1	Arbeitsentgelt	הכנסה מתעסוקה
	Beziehen oder bezogen Sie ab Beginn der Rente wegen Todes Arbeitsentgelt, ggf. auch im Ausland?	האם יש או היתה לך הכנסה מעבודה/תעסוקה מאז התחלת קבלת הקצבה בגין מוות המבוטח/ת , גם אם זה מחוץ לגרמניה?
	nein <input type="checkbox"/> לא	
	↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	
	Zeitraum (Monat / Jahr)	תקופה (חודש / שנה)
	Name und Anschrift des Arbeitgebers	שם וכתובת של המעסיק

13.2	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? 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.
	nein <input type="checkbox"/> לא	
	↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	
	Zeitraum (Monat / Jahr)	תקופה (חודש / שנה)
	Art der Selbständigkeit	סוג העבודה העצמאית

14	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?
14.1	Rente aus eigener Versicherung aus der deutschen oder einer ausländischen Rentenversicherung oder vergleichbare Leistung für ehemalige Beschäftigte im öffentlichen Dienst	פנסיה (קצבת זקנה) על בסיס הביטוח של עצמך שמשולמת על-ידי חברת ביטוח פנסיות בגרמניה או בחוץ לארץ או גימלה דומה לעובדי מדינה לשעבר
	nein <input type="checkbox"/> לא	
	↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	
	Bezugszeitraum (Monat / Jahr)	תקופת התשלום (חודש / שנה)
	beantragt am (Tag / Monat / Jahr)	בקשה הוגשה ב- (שנה / חודש / יום)
	zahlende Stelle	הרשות המשלמת
	Aktenzeichen	מספר התיק

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

14.2	Leistungen aus der deutschen oder einer ausländischen Unfallversicherung	nein <input type="checkbox"/> לא	קצבה מביטוח תאונות מחברת ביטוח מגרמניה או מחוץ לארץ
		↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	
	Unfalltag (Tag / Monat / Jahr)		תאריך התאונה (שנה / חודש / יום)
	Art der Leistung		סוג הקצבה
	Aktenzeichen		מספר תיק
	Behörde		רשות
14.3	Leistung nach der Anerkennungsrichtlinie für Ghetto-Arbeit vom Bundesamt für zentrale Dienste und offene Vermögensfragen	nein <input type="checkbox"/> לא	תשלום חד-פעמי תחת קו מנחה של הממשלה הגרמנית הפדראלית מהלשכה הפדראלית לענייני שירותים מרכזיים (BADV) ושאלות רכוש תלויות ועומדות
		↓ ja <input type="checkbox"/> כן ↓	
	Aktenzeichen		מספר תיק

15	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 מבטיח/ה שנתתי את כל המידע בטופס זה ובנספחים המצורפים למיטב ידיעתי.</p> <p>אני מתחייב/ת להודיע למוסד הביטוח פנסיות ללא דחוי אם יחול שנוי בכתובתי לאחר הגשת בקשה זו ועד להתחלת תשלום הפנסיה.</p> <p>הריני נותן/נותנת בזאת את הסכמתי לכך שהמוסד המוסמך של ביטוח הפנסיות הגרמני הממשלתי יכול לדרוש ולעיין בכל התיקים של בתי משפט ורשויות הקשורים בתביעתי הנטענת, במיוחד בתיקי פיצויים.</p>
	Ort, Datum	מקום, תאריך
	Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers	חתימת מגיש/ת הבקשה

16	Wahrheitsgemäße Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers	הצהרת אמת של מגיש/ת הבקשה
	<p>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.</p>	<p>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 ביודעין עלולה לגרום תביעה לדין פלילי.</p>
	Ort, Datum	מקום, תאריך
	Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers	חתימת מגיש/ת הבקשה

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

17	Einwilligungserklärung der Antragstellerin / des Antragstellers	הצהרת הסכמה של מגישת הבקשה
	<p>Soweit für die Bearbeitung dieses ZRBG-Rentenantrages erforderlich, willige ich ein, dass der zuständige Rentenversicherungsträger Zugang zu meinen Entschädigungsunterlagen bzw. den Unterlagen meiner / meines verstorbenen Familienangehörigen auf der Grundlage des Bundesentschädigungsgesetzes, der Restitutionsgesetze der deutschen Landesregierungen oder der Härtefonds des Bundes oder der Länder für Opfer nationalsozialistischer Verfolgung durch die zuständigen Behörden, Gerichte, Archive und Institutionen in Deutschland erhält. Dies schließt die Übersendung der Unterlagen zur Einsichtnahme ein. Da in diesen Unterlagen insbesondere Informationen über die ethnische und rassische Herkunft und damit in Zusammenhang stehende Verfolgungsmaßnahmen enthalten sind, die nach dem europäischen Datenschutzrecht als "sensible personenbezogene Daten" betrachtet werden, erteile ich meine ausdrückliche Zustimmung nach europäischem Datenschutzrecht.</p> <p>Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft zurücknehmen kann. Um meine Einwilligung zu widerrufen, meine Rechte nach europäischem und deutschem Datenschutzrecht auszuüben oder Beschwerden zu erheben, sollte ich mich an die oben genannte Behörde unter der oben genannten Adresse wenden. Der Widerruf der Zustimmung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung, die auf der Grundlage der Zustimmung bis zu ihrem Widerruf durchgeführt wurde. Wenn ich meine Zustimmung widerrufe, verstehe ich, dass die Behörde meinen Antrag möglicherweise nicht bearbeiten kann.</p>	<p>ככול שדרוש הדבר לטיפול בבקשה הנוכחית ל"קצבת גיטו" (ZRBG-Rente), אני מסכים/ה שמוסד ביטוח הפנסיה המוסמך יקבל גישה למסמכי הפיצויים שלי או לאלה של בני משפחתי שנפטרו שבידי הרשויות, בתי המשפט, ארכיונים ומוסדות בגרמניה וזאת על-פי חוק הפיצויים הפדראלי, חוקי הפיצויים של ממשלות מדינות המחוז הגרמניות או הקרנות למקרים קשים של הרפובליקה הפדראלית של גרמניה או מדינות המחוז למען קורבנות הרדיפות. הסכמה זו כוללת משלוח המסמכים לצרכי עיון. מכיוון שהמסמכים הנ"ל כוללים במיוחד מידע על המוצא האתני והגזעי הנחשבים לנתונים אישיים רגישים על-פי חוק הגנת נתונים האירופאי, וכן כוללים מידע על אמצעי רדיפה הקשורים לכך, אני נותן/ת את הסכמתי המפורשת על-פי משפט הגנת הנתונים האירופאי.</p> <p>אני יודע/ת שאני רשאי בכל עת לחזור בי מהסכמתי ביחס לתוקפה בעתיד. על-מנת לחזור בי מהסכמתי, למלא את זכויותי על-פי המשפט האירופאי והגרמני להגנת נתונים או להגיש תלונות, עלי לפנות לרשות הנ"ל בכתובת המצוינת לעיל. ביטול ההסכמה לא תשפיע על התוקף החוקי של הטיפול כפי שבוצע על יסוד ההסכמה שנתתי קודם עד שחזרתי בי מהסכמה זו. אני מבין כי אם אני חוזר בי מהסכמתי, יתכן שהרשות לא תוכל לטפל בבקשתי.</p>
	Ort, Datum	מקום, תאריך
	Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers	חתימת מגישת הבקשה
	Hinweis: Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung wird der zuständigen Behörde, bei der die Akteneinsicht beantragt wird, übermittelt.	הערה: העתק הצהרת הסכמה זו ימסר לרשות המוסמכת אליה הוגשה בקשה לעיון בתיק.

Als Anlagen sind beigelegt	מסמכים מצורפים