Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

Eingangsstempel

ZRBG 500

Antrag auf Witwenrente / Witwerrente für Hinterbliebene von ehemaligen Ghettobeschäftigten mit Wohnsitz im Ausland

Заявление на пенсию для вдов и вдовцов бывших работников гетто с местом проживания за границей

1	**Angaben zur Person der / des Versicherten**	**Личные данные застрахованной/ого**
	Bitte Sterbeurkunde beifügen!	**Просим приложить свидетельство о смерти!**

Name		Фамилия
Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)		Имя / имена (основное имя подчеркнуть)
Geburtsname		Фамилия при рождении
frühere Namen		Предыдущие фамилии
Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr)		Дата рождения (день, месяц, год)
Geschlecht	männlich ☐ мужской weiblich ☐ женский	Пол
Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)		Гражданство (предыдущие гражданства)
Geburtsort (Kreis, Land)		Место рождения (район, область, страна)
Sterbedatum (Tag / Monat / Jahr)		Дата смерти (день, месяц, год)

2	**Angaben zur Person der Witwe / des Witwers**	**Личные данные о вдове / вдовце**
2.1	Name	Фамилия
	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)	Имя / имена (основное имя подчеркнуть)
	Geburtsname	Фамилия при рождении
	frühere Namen	Предыдущие фамилии
	Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr)	Дата рождения (день, месяц, год)
	Geschlecht	Пол
	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)	Гражданство (предыдущие гражданства)
	Geburtsort (Kreis, Land)	Место рождения (район, область, страна)
	Straße, Hausnummer	Улица, номер дома
	Postleitzahl, Wohnort, Staat	Почтовый индекс, Место жительства, страна

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Номер телефона для возможных звонков днём (указывается по желанию)
	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)		Факс, электронная почта (указывается по желанию)
2.2	Waren Sie in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung versichert?	nein ☐ нет ↓ ja ☐ да ↓	Были ли Вы застрахованы в немецкой государственной пенсионной страховке?
	Versicherungsträger		Наименование страхователя
	Wurde eine Versicherungsnummer vergeben?	nein ☐ нет ↓ ja ☐ да ↓	Получили ли Вы номер пенсионного страхования?
	Versicherungsnummer der / des Hinterbliebenen		**Ваш номер пенсионного страхования**
2.3	Tag der Eheschließung mit der / dem Versicherten (Tag / Monat / Jahr)		Дата заключения брака с застрахованной/ым (день, месяц, год)
	Bestand diese Ehe bis zum Tod der / des Versicherten?	ja ☐ да / nein ☐ нет	Состояли ли Вы в браке до смерти застрахованного/ой?
2.4	Hat die Witwe / der Witwer nach dem Tod des / der Versicherten **wieder geheiratet**?	nein ☐ нет ↓ ja ☐ да ↓	Вступил/а ли вдовец/ вдова после смерти застрахованной/ого **в новый брак**?
	Wiederheirat am (Tag / Monat / Jahr)		Новый брак заключён (день, месяц, год)

3	**Antragstellung durch andere Personen**		**Подача заявления от третьих лиц**
	Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen.		**Просим приложить доверенность или решение суда.**
	Der Antrag wird in Vertretung gestellt von		Заявление подает представитель
	Name		Фамилия
	Vorname		Имя
	Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)		Организация (номер дела, если имеется)
	in der Eigenschaft als	gesetzlicher Vertreter ☐ Законный представитель Vormund ☐ Опекун Betreuer ☐ Попечитель Bevollmächtigter ☐ Уполномоченный	В качестве
	Straße, Hausnummer		Улица, номер дома
	Postleitzahl, Wohnort, Staat		Почтовый индекс, Место проживания, страна

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Номер телефона для возможных звонков днём (указывается по желанию)
	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)		Факс, электронная почта (указывается по желанию)

4	**Verfolgteneigenschaft der / des Versicherten**		**Статус преследуемого застрахованой/ого**
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!		**Просим приложить все имеющиеся документы!**
4.1	War die / der Versicherte Angehörige / Angehöriger des Judentums oder gehörte die / der Versicherte zur Volksgruppe der Sinti und Roma?	nein ☐ нет	Имел/а ли застрахованный/ая принадлежность к еврейству или к народностям синти и рома?
		ja, die / der Versicherte gehörte zum Judentum ☐ да, застрахованный/ая имел/а еврейскую принадлежность	
		ja, die / der Versicherte gehörte zur Volksgruppe der Sinti und Roma ☐ да, застрахованный/ая принадлежал/-а к народностям синти и рома	
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 ☐ нет	Признали ли застрахованную/ого преследуемой/ым согл. § 1 Закона о компенсационных выплатах (BEG) (н-р, в учреждение по вопросам финансовых компенсаций, в Jewish Claims Conference, в федеральном министерстве финансов)?
		↓ ja ☐ да ↓	
	Entschädigungsbehörde		Учреждение по вопросам финансовых компенсаций
	Aktenzeichen		Номер дела
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.		Если ответ на вопрос в п. 4.2 был отрицательным, но застрахованный/ая тем не менее получил/а выплату из других внутренних или зарубежных учреждений в связи с национал-социалистическим преследованием, то приложите, пожалуйста, надлежащие документы (например, копию документа, подтверждающего факт выплаты).

5	**Angaben zum zwangsweisen Aufenthalt der / des Versicherten**			**Сведения о месте принудительного пребывания застрахованного/ой**
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!			**Просим приложить все имеющиеся документы!**
5.1	In welchen Ghettos hielt sich die / der Versicherte zwangsweise auf?	↓	↓	В каких гетто застрахованную/ого держали насильно?
a)	Ort, Bezirk, Gebiet / Land			Населенный пункт, район, область / Страна
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / от	bis / до	Период времени (месяц / год)
b)	Ort, Bezirk, Gebiet / Land			Населенный пункт, район, область / Страна
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / от	bis / до	Период времени (месяц / год)
c)	Ort, Bezirk, Gebiet / Land			Населенный пункт, район, область / Страна
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / от	bis / до	Период времени (месяц / год)

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

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 ☐	нет, днем застрахованный/ая мог/ла в значительной степени свободно перемещаться по месту жительства	Если застрахованный/ая не пребывал/а в гетто: Разрешалось ли ему/ей выйти из квартиры или дома только на работу и для самых необходимых приобретений?
		↓ ja ☐ да ↓		
	Wohnort, Bezirk, Gebiet / Land			Место жительства, район, область / Страна
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / от	bis / до	Период времени (месяц / год)

6	**Angaben zur Arbeit der / des Versicherten**		**Данные о работе застрахованного/ой**	
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!		**Просим приложить все имеющиеся документы!**	
6.1	Hat die / der Versicherte in einem der unter Ziffer 5.1 angegebenen Ghettos bzw. in dem unter Ziffer 5.2 angegebenen Wohnort gearbeitet?	nein ☐ нет		Работал/а ли застрахованный/ая в гетто, указанных в п. 5.1, или по месту жительства, указанному в п. 5.2?
		↓ ja ☐ да ↓		
a)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / от	bis / до	Период времени (месяц / год)
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber			Место работы / работодатель
	Art der Arbeit			Вид работы
b)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / от	bis / до	Период времени (месяц / год)
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber			Место работы / работодатель
	Art der Arbeit			Вид работы
c)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / от	bis / до	Период времени (месяц / год)
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber			Место работы / работодатель
	Art der Arbeit			Вид работы
6.2	Hat die / der Versicherte auch **außerhalb** der unter Ziffer 5.1 angegebenen Ghettos bzw. des unter Ziffer 5.2 angegebenen Wohnortes gearbeitet?	nein ☐ нет		Работал/а ли застрахованный/ая и **за пределами гетто**, указанных в п. 5.1, или по месту жительства, указанному в п. 5.2?
		↓ ja ☐ да ↓		
a)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / от	bis / до	Период времени (месяц / год)
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber			Место работы / работодатель
	Ist sie / er täglich in das Ghetto bzw. in den Wohnort zurückgekehrt?	ja ☐ да	nein ☐ нет	Он / она ежедневно возвращался/ возвращалась в гетто или к месту жительства?

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

b)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / от	bis / до	Период времени (месяц / год)
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber			Место работы / работодатель
	Ist sie / er täglich in das Ghetto bzw. in den Wohnort zurückgekehrt?	ja ☐ да	nein ☐ нет	Он / она ежедневно возвращался/ возвращалась в гетто или к месту жительства?
c)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / от	bis / до	Период времени (месяц / год)
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber			Место работы / работодатель
	Ist sie / er täglich in das Ghetto bzw. in den Wohnort zurückgekehrt?	ja ☐ да	nein ☐ нет	Он / она ежедневно возвращался/ возвращалась в гетто или к месту жительства?
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?			Застрахованный/ая сам/а нашел/ нашла себе работу (п. 6.1 или п. 6.2) или была ли она предоставлена ему/ей еврейским советом?

☐ ja, im Ghetto
да, в гетто _____

☐ ja, im Ghetto
да, в гетто _____

☐ ja, im Wohnort
да, по месту жительства _____

☐ 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.
нет, Он / она был/а принужден/а к выполнению всех указаных работ и не мог/могла отказаться от их выполнения, не рискуя при этом своим здоровьем, своей жизнью или остатком свободы.

7	**Verfolgungsbedingte Ersatzzeiten**			**Возмещаемые времена за периоды преследования**
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!			**Просим приложить все имеющиеся документы!**
	Hat die / der Versicherte weitere nationalsozialistische Gewaltmaßnahmen erlitten? (z. B. Tragen des Judensterns, Leben in der Illegalität oder unter falschem Namen, Zwangsarbeitslager, Konzentrationslager)	nein ☐ нет		Потерпел/а ли застрахованный/ая и прочие меры насилия от национал-социализма (н-р, ношение еврейской звезды, проживание на нелегальном положении, проживание под чужим именем, принудительные работы, концлагерь)?
		↓ ja ☐ да ↓		
a)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / от	bis / до	Период времени (месяц / год)
	Art der Verfolgung			Вид преследования
b)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / от	bis / до	Период времени (месяц / год)
	Art der Verfolgung			Вид преследования
c)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / от	bis / до	Период времени (месяц / год)
	Art der Verfolgung			Вид преследования

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

8	**Zeiten in Deutschland**		**Времена в Германии**
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!		**Просим приложить все имеющиеся документы!**
8.1	Hat sich die / der Versicherte nach der Verfolgung in Deutschland (z. B. in einem DP-Lager) aufgehalten?	nein ☐ нет ↓ ja ☐ да ↓	Находился/ась ли застрахованный/ая после преследований в Германии, н-р, в депортационном лагере?
a)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / от — bis / до	Период времени (месяц / год)
	Aufenthaltsort		Место пребывания
b)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / от — bis / до	Период времени (месяц / год)
	Aufenthaltsort		Место пребывания
8.2	Hat die / der Versicherte in Deutschland gearbeitet?	nein ☐ нет ↓ ja ☐ да ↓	Работал/а ли застрахованный/ая в Германии?
a)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / от — bis / до	Период времени (месяц / год)
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber		Место работы / работодатель
	Art der Arbeit		Вид работы
b)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / от — bis / до	Период времени (месяц / год)
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber		Место работы / работодатель
	Art der Arbeit		Вид работы

9	**Zeiten im Ausland**		**Времена за границей**
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!		**Просим приложить все имеющиеся документы!**
9.1	Hat die / der Versicherte **im Ausland** Beiträge zu einem Versicherungsträger gezahlt?	nein ☐ нет ↓ ja ☐ да ↓	Платил/а ли застрахованный/ая **за границей** страховые взносы?
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / от — bis / до	Период времени (месяц / год)
	Versicherungsträger		Страхователь
	Staat		Государство
	Ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen		Иностранный страховой номер / номер дела

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

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 ☐ нет ↓ ja ☐ да ↓		**Проживал/а ли** застрахованный/ая **постоянно** по исполнению ему/ей 15 лет в Нидерландах или по исполнению ему/ей 16 лет **в следующих странах**: Австралия, Дания, Финляндия, Исландия, Израиль, Канада/ Квебек, Лихтенштайн, Новрегия, Швеция, Швейцария?
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / от	bis / до	Период времени (месяц / год)
	Staat			Государство

10	**Zeiten des Schul- / Fachschul- oder Hochschulbesuchs (auch im Ausland)**		**Посещение школы, училища или ВУЗа (включая учёбу за границей)**	
	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 ☐ нет ↓ ja ☐ да ↓		Посещал/а ли застрахованный/ая по исполнению ему/ей 17 лет школу, училище или ВУЗ? Просим приложить имеющиеся документы, н-р, аттестат, документы о посещении ВУЗа.
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / от	bis / до	Период времени (месяц / год)

11	**Angaben zu Kindern**		**Данные о детях**	
	Hat die / der Versicherte Kinder erzogen, die vor dem 01.01.1950 geboren sind? (bitte Geburtsurkunde beifügen)	nein ☐ нет ↓ ja ☐ да ↓		Воспитывал/а ли застрахованный/ая детей, которые родились до 01.01.1950 года? (просьба приложить свидетельство о рождении)
a)	geboren am (Tag / Monat / Jahr)			Дата рождения (день / месяц / год)
	geboren in			Место рождения
	Wurde das Kind in den ersten 10 Jahren überwiegend von der / dem Versicherten erzogen?	ja ☐ да ↓ nein ☐ нет ↓		Воспитывал/а ли застрахованный/ая главным образом ребёнка до 10 лет?
	Erziehung (Monat / Jahr)	von / от	bis / до	Период воспитания ребенка (месяц / год)
	ggf. Kind verstorben am (Tag / Monat / Jahr)			Если ребёнок умер – дата его смерти (день / месяц / год)
b)	geboren am (Tag / Monat / Jahr)			Дата рождения (день / месяц / год)
	geboren in			Место рождения
	Wurde das Kind in den ersten 10 Jahren überwiegend von der / dem Versicherten erzogen?	ja ☐ да ↓ nein ☐ нет ↓		Воспитывал/а ли застрахованный/ая главным образом ребёнка до 10 лет?
	Erziehung (Monat / Jahr)	von / от	bis / до	Период воспитания ребенка (месяц / год)
	ggf. Kind verstorben am (Tag / Monat / Jahr)			Если ребёнок умер – дата его смерти (день / месяц / год)

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

12	Sonstige Angaben		Прочие данные
12.1	Wurde eine Ehe der / des Versicherten nach dem 30.06.1977 durch Ehescheidung aufgelöst / aufgehoben?	nein ☐ нет ↓ ja ☐ да ↓	Был ли расторгнут/ аннулирован предыдущий брак разводом после 30.06.1977?
	Lebt der frühere Ehegatte noch?	unbekannt ☐ не известно ja ☐ да ↓ nein ☐ нет ↓	Находится ли в живых предыдущий супруг/а?
	Sterbedatum (Tag / Monat / Jahr)		Дата смерти (день, месяц, год)
12.2	**Bitte ausfüllen, wenn Witwerrente beantragt wird und die Versicherte vor dem 01.01.1986 verstorben ist**		**Просим заполнить, если ходатайствуется о вдовье пенсии и застрахованный умер до 01.01.1986**
	Hat die Versicherte den Unterhalt ihrer Familie überwiegend bestritten?	nein ☐ нет ja ☐ да	Застрахованный обеспечивал основную часть содержания семьи?

13	Angaben zur Einkommensanrechnung bei Witwenrenten / Witwerrenten		Данные о зачитывании доходов при вдовьей пенсии
	- Nicht erforderlich, wenn die / der Versicherte vor dem 01.01.1986 gestorben ist. -		- Не требуется, если застрахованные умер до 01.01.1986. -
	Bitte Nachweise beifügen!		**Просим приложить документы!**
13.1	**Arbeitsentgelt**		**Зарплата**
	Beziehen oder bezogen Sie **ab Beginn der Rente wegen Todes** Arbeitsentgelt, ggf. auch im Ausland?	nein ☐ нет ↓ ja ☐ да ↓	Получаете или получали ли Вы зарплату **с начала выплаты пенсии по случаю смерти,** включительно зарплату за границей?
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / от bis / до	Период времени (месяц / год)
	Name und Anschrift des Arbeitgebers		Наименование и адрес работодателя
13.2	**Arbeitseinkommen**		**Трудовой доход**
	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.	nein ☐ нет ↓ ja ☐ да ↓	Получаете или получали ли Вы нологооблагаемые доходы (доходы из сельского или лесного хозяйства, промыслового предприятия, индивидуальной деятельности) **с начала выплаты пенсии по случаю смерти,** вкл. полученные за границей? К нологооблагаемым доходам причисляются доходы из сдачи в наём или аренду, если они рассматриваются, как доходы из сельского и лесного хозяйства, промыслового предприятия или индивидуальной деятельности.
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / от bis / до	Период времени (месяц / год)
	Art der Selbständigkeit		Выд индивидуальной деятельности

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

14	Andere Leistungen		Прочие выплаты
	Beziehen oder bezogen Sie eine der nachstehenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?		Получаете или получали ли Вы выплаты, указанные ниже или подавали ли ходатайства о их получении?
14.1	Rente aus eigener Versicherung aus der deutschen oder einer ausländischen **Rentenversicherung** oder vergleichbare Leistung für ehemalige Beschäftigte im öffentlichen Dienst	nein ☐ нет ↓ ja ☐ да ↓	Пенсия из собственной страховки немецкого или иностранного **пенсионного страхования** или схожие выплаты за прошлую работу на государственной службе
	Bezugszeitraum (Monat / Jahr)	von / от bis / до	Период времени (месяц / год)
	beantragt am (Tag / Monat / Jahr)		Заявление подано (день / месяц / год)
	zahlende Stelle		Выплачивающее ведомство
	Aktenzeichen		Номер дела
14.2	Leistungen aus der deutschen oder einer ausländischen **Unfallversicherung**	nein ☐ нет ↓ ja ☐ да ↓	Выплаты немецкой или иностранной **страховки по несчастному случаю**
	Unfalltag (Tag / Monat / Jahr)		Дата несчастного случая (день / месяц / год)
	Art der Leistung		Вид выплат
	Aktenzeichen		Номер дела
	Behörde		Ведомство
14.3	Leistung nach der Anerkennungsrichtlinie für Ghetto-Arbeit vom Bundesamt für zentrale Dienste und offene Vermögensfragen	nein ☐ нет ↓ ja ☐ да ↓	Выплаты согласно нормативам признания работы в гетто Федерального ведомства централизованных служб и нерешенных имущественных вопросов
	Aktenzeichen		Номер дела

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

15	Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers	Заявление заявительницы / заявителя
	Ich versichere, **dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe**.	Я заверяю, **что все данные, сделанные в этом бланке и в приложениях к нему я сделал/а честно.**
	Ich verpflichte mich, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenantrags bis zum Rentenbeginn sich meine Anschrift ändert.	**Я обязуюсь** незамедлительно сообщить немецкому страховому фонду, если с момента подачи заявления до начала выплаты пенсии мой адрес изменится.
	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.	**Я согласен/согласна с тем**, что компетентный орган государственного пенсионного страхования может ознакомиться со всеми материалами судебных и административных дел, которые связаны с этим ходатайством, в особенности с документами о компенсации.

Ort, Datum		Место, дата
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers		Подпись заявительницы / заявителя

16	Wahrheitsgemäße Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers	Правдивость заявления заявителя / заявительницы
	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.	Настоящим заявляю, что вышеуказанные данные сделаны честно, по совести и соответствуют действительности, и что я ничего не умолчал/а, что могло бы послужить выяснению дела. Мне известно, что дача заведомо ложных показаний может повлечь за собой уголовную ответственность.

Ort, Datum		Место, дата
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers		Подпись заявительницы / заявителя

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

17	Einwilligungserklärung der Antragstellerin / des Antragstellers	Заявление о согласии заявительницы / заявителя
	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.	Насколько для рассмотрения этого **заявления о назначении пенсии по закону ZRBG** необходимо, выражаю свое согласие на предоставление компетентному ведомству пенсионного страхования соответствующими органами, судами, архивами и учреждениями на территории Германии доступа к моим документам о компенсации или к документам умерших членов моей семьи на основании Федерального закона о компенсациях (Bundesentschädigungsgesetz) и законов Федеральных земель о реституции, а также федерального или земельных фондов денежных компенсаций (Härtefonds) жертвам национал-социалистического преследования. Это включает пересылку документов для ознакомления с ними. Поскольку эти документы содержат главным образом сведения о расовой и этнической принадлежности, а также связанные с ней репрессивные мероприятия, которые по европейскому закону о защите данных являются конфиденциальными персональными данными, я даю свое явно выраженное согласие в соответствии с европейским законом о защите данных.
	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.	Мне известно, что я могу отозвать свое согласие в любое время с действием на будущее время. Для отзыва своего согласия, для реализации своих прав в соответствии с законодательствами Европы и Германии о защите персональных данных или для подачи жалобы необходимо обращаться в указанное выше ведомство по вышеназванному адресу. Отзыв не влияет на правомерность произведенной до отзыва обработки данных. Мне понятно, что если я отзову свое согласие, то ведомство, возможно, не сможет рассмотреть мое заявление.

Ort, Datum		Место, дата
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers		Подпись заявительницы / заявителя

Hinweis: Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung wird der zuständigen Behörde, bei der die Akteneinsicht beantragt wird, übermittelt.	**Примечание:** Копия согласия направляется в компетентное ведомство, в которое подается заявление об ознакомлении с материалами дела.

Als Anlagen sind beigefügt	Приложения