



Juni 2021

Am 27. Januar 2021, dem internationalen Holocaust-Gedenktag, wurde ein Abkommen unterzeichnet zwischen der Regierung des Großherzogtums Luxemburg and dem Consistoire Israélite de Luxembourg. Mitunterzeichner sind die World Jewish Restitution Organization und die Fondation Luxembourgeoise pour la Mémoire de la Shoah. In diesem Abkommen verpflichtet sich das Großherzogtum Luxemburg dazu, eine Einmalzahlung an Überlebende der Schoah zu leisten, die im Großherzogtum Luxemburg leben oder dort verfolgt wurden. Gemäß dieser Vereinbarung wird eine Gesamtsumme von 1.000.000 € bereitgestellt, die zu gleichen Teilen an zugelassene Antragsteller ausgezahlt werden wird. In diesem Abkommen wurde die Claims Conference zur zuständigen Instanz für die Verwaltung und Auszahlung der Gelder an leistungsberechtigte Überlebende ernannt.

Der genaue Betrag, der an jeden Einzelnen ausgezahlt wird, kann erst berechnet werden, wenn die gesamte Anzahl der bewilligten Antragsteller feststeht.

Um für dieses Programm anspruchsberechtigt zu sein, müssen Antragsteller als Juden Verfolgung durch das Nazi-Regime oder dessen Alliierte zu einem Zeitpunkt zwischen Januar 1933 und Mai 1945 erlitten haben UND entweder:

1. Derzeit im Großherzogtum Luxemburg leben, oder
2. Zu einem Zeitpunkt zwischen Januar 1933 und Mai 1945 im Großherzogtum Luxemburg gelebt haben.

Erben jüdischer NS-Opfer sind für dieses Entschädigungsprogramm nicht anspruchsberechtigt.

Ausgefüllte Anträge müssen bis spätestens zum **15. Oktober 2021** bei einer der folgenden Adressen eingehen:

CLAIMS CONFERENCE / Luxembourg Fund
PO Box 1215
New York, New York 10113
United States

CLAIMS CONFERENCE / Luxembourg Fund
Postfach 90 05 43
60445 Frankfurt am Main
Deutschland

Die Einmalzahlung kann möglicherweise steuerpflichtig sein und unter Umständen Auswirkung darauf haben, ob Sie staatliche Unterstützung erhalten können oder weiterhin erhalten werden. Diese Zahlung erfolgt aufgrund Ihres Status als Opfer von Verfolgung durch den Nationalsozialismus. Es liegt in Ihrer Verantwortung zu prüfen, ob diese Zahlung steuerpflichtig ist und ob sie sich negativ auf staatliche Leistungen oder Beihilfen auswirkt. Die Claims Conference haftet nicht für den Verlust eines Status, einer Leistung oder eines Einkommens, welcher durch die Annahme dieser Einmalzahlung herbeigeführt wurde.

Zahlungen an Antragsteller, deren Antrag bewilligt wurde, werden voraussichtlich ab Dezember 2021 erfolgen. Bitte beachten Sie sorgfältig alle in diesem Schreiben aufgeführten Anforderungen, vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen
Chen Yurista
Chief Experience Officer



LUXEMBURG FONDS ANTRAG AUF EINMALZAHLUNG

Vorname: _____ Nachname: _____

Adresse: _____ Wohnung: _____

Stadt: _____ Postleitzahl: _____ Land: _____

Telefon (bitte angeben): _____ Geburtsdatum (bitte angeben): _____

Email (bitte angeben): _____

Folgen Sie bitte bei der Beantragung den unten aufgeführten Schritten. Das Stellen eines Antrags ist gebührenfrei und Sie müssen niemanden für seine Hilfe beim Ausfüllen dieses Antrags bezahlen. Falls Sie Hilfe bei der Antragstellung benötigen, wenden Sie sich mit Ihren Fragen bitte telefonisch an die Claims Conference in Frankfurt unter +49 69 970 7010 oder in New York unter + 1 646-536-9100.

SCHRITT 1: Bitte teilen Sie uns mit, ob Sie irgendeine der untenstehenden, von der Claims Conference oder der deutschen Bundesregierung finanzierten Entschädigungen oder Leistungen erhalten haben oder derzeit beziehen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> BEG or | <input type="checkbox"/> Artikel 2 Fonds |
| <input type="checkbox"/> ZRBG (direkt von der deutschen Bundesregierung) | <input type="checkbox"/> Hardship Fonds |
| <input type="checkbox"/> Andere (Häusliche Pflege, soziale Dienste, Medikamente, Nahrungsmittel etc.) | <input type="checkbox"/> Child Survivor Fund |
| <input type="checkbox"/> Central and Eastern European Fund (CEEf) | <input type="checkbox"/> Zwangsarbeit |
| | <input type="checkbox"/> Keine |

Wenn Sie noch nie einen Antrag bei der Claims Conference für eines oder mehrere der oben genannten Programme gestellt haben, werden Sie von der Claims Conference kontaktiert und müssen zusätzliche Unterlagen zum Nachweis der Verfolgung einreichen.

SCHRITT 2: Bitte untenstehende Angaben aufmerksam lesen und die zutreffenden Antworten ankreuzen.

- a. Ich wurde als Jüdin/Jude durch das Nazi-Regime oder dessen Alliierte zu einem Zeitpunkt zwischen Januar 1933 und Mai 1945 verfolgt:

BITTE EINE ANTWORT ANKREUZEN: Ja

Nein

- a. Ich erfülle außerdem eines der folgenden Kriterien – **BITTE ALLES ZUTREFFENDE ANKREUZEN:**

Ich lebe derzeit im Großherzogtum Luxemburg.

Ich habe zu einem Zeitpunkt zwischen Januar 1933 und Mai 1945 im Großherzogtum Luxemburg gelebt.

SCHRITT 3: Zahlungsinformationen:

Wenn Ihr Antrag bewilligt wird, so erfolgt die Auszahlung Ihrer Einmalzahlung **per Banküberweisung** auf das von Ihnen angegebene Bankkonto. Eine Zahlung per Scheck ist nicht möglich. Die Antragsteller müssen zum Zeitpunkt der Antragstellung am Leben sein. Erben sind nicht berechtigt einen Antrag auf Zahlung zu stellen. Falls Sie Hilfe bezüglich Ihrer Bankverbindung benötigen, **kontaktieren Sie bitte Ihre Bank. Das Bankkonto muss auf Ihren Namen lauten. Die Bank darf keinen Sanktionen durch die USA oder die EU unterliegen. Die Überweisung erfolgt von einem Euro-Konto.**

WENN MÖGLICH, FÜGEN SIE ZUR BESTÄTIGUNG DER EINZELNEN ANGABEN EINEN ENTWERTETEN SCHECK ODER EIN UNTERSCHRIEBENES DOKUMENT IHRER BANK BEI.

Name of Bank / Name der Bank	
Address of Bank / Adresse der Bank	

What type of account are you designating? / Um welche Art von Konto handelt es sich?

CHECKING/REGULAR --- GIROKONTO/PRIVATKONTO SAVINGS --- SPARKONTO

Which currency can your account receive money in? /
In welcher Währung kann Ihr Konto Zahlungen empfangen? EURO US DOLLAR

FOR BANKS IN USA / FÜR BANKEN IN DEN USA

Account Number / Kontonummer	ABA Routing Number for WIRE TRANSFER (9-Digit) / ABA Routing-Nummer für Banküberweisungen (9-stellig) -----
------------------------------	---

ALL OTHER COUNTRIES / ALLE ANDEREN LÄNDER

IBAN Number / IBAN	SWIFT/BIC Code
--------------------	----------------

You may need an INTERMEDIARY OR CORRESPONDENT BANK to accept wire transfers.

Name of Intermediary Bank/ Name der Intermediary Bank	Account Number / Kontonummer	SWIFT Code
--	------------------------------	------------

Additional for Banks in Canada ONLY: / NUR für Banken in Kanada zusätzlich:

Transit (Branch) Number (5-digit) / Transit- (Filial-) Nummer (5-stellig)	Institutional Number (Bank Code) (3-digit Bank Code) / Nummer des Kreditinstituts (3-stelliger Bankcode)
--	---

Additional for Banks in Australia ONLY: / NUR für Banken in Australien zusätzlich:

“BSB” Bank State Branch number (6-digit) „BSB“-Bankidentifizierungscode (6-stellig) -----
--

Additional for Banks in United Kingdom (UK) ONLY:

Sort code (6-digit) / Bankleitzahl (6-stellig) --_--_--
--

Name des Antragstellers in Druckbuchstaben: _____

Unterschrift des Antragstellers: _____ Datum: Tag: Monat: Jahr:

SCHRITT 4: Bitte durchlesen und unten unterschreiben:

Ich erkläre, dass alle zuvor gemachten Angaben sowie die Aussagen in der Anlage der Wahrheit entsprechen. Mir ist bekannt, dass wissentlich getätigte falsche Angaben zu einer Ablehnung meines Antrags führen. Ein positiver Entscheid aufgrund falscher Angaben wird widerrufen und ich werde die an mich durch die Claims Conference geleisteten Zahlungen in voller Höhe zurückerstatten.

- Sollte ich aufgrund dieser Erklärung oder aus einem anderen Grund verpflichtet sein, Zahlungen an die Claims Conference zurückzuerstatten, stimme ich hiermit zu, die Claims Conference auch für alle Kosten und Auslagen zu entschädigen, die für die Rückzahlung der Leistung angefallen sind.
- Mir ist bekannt, dass ich keinen Rechtsanspruch auf Unterstützung habe. Ohne die obenstehenden Vereinbarungen einzuschränken, verzichte ich hiermit unwiderruflich – sofern rechtlich zulässig – auf alle bisherigen oder zukünftigen Ansprüche gegenüber der Conference on Jewish Material Claims against Germany, sofern diese in direkter Verbindung mit diesem Antrag und seiner Bearbeitung stehen.
- Ich verstehe, dass die Berechtigungskriterien für dieses Programm vom Großherzogtum Luxemburg festgelegt wurden.
- Ich stimme hiermit vorbehaltlos zu, dass der US-Bundesstaat New York ausschließlicher Gerichtsstand für dieses Programm ist.
- Ich verstehe und erkläre mich damit einverstanden, dass allein der oder die Holocaust-Überlebende selbst Anspruch auf Entschädigung hat; die Zahlungen sind nicht übertragbar.
- Ich stimme zu, dass die Claims Conference zur Bearbeitung meines Antrags weitere Informationen und Dokumente anfordern kann.

EINWILLIGUNG

Hiermit autorisiere ich Behörden, Gerichte, Archive und Institutionen in Deutschland und im Ausland, der Claims Conference Einsicht in meine Entschädigungsunterlagen, einschließlich solcher, die das Bundesentschädigungsgesetz, Gesetze und Regelungen zur Wiedergutmachung der deutschen Bundesländer oder deutschen Bundesregierung oder Härtefallregelungen der Länder für Opfer nationalsozialistischer Verfolgung zur Grundlage haben, zu gewähren und Informationen zur Verfügung zu stellen, die notwendig dazu sind, meinen Antrag zu überprüfen und zu bearbeiten. Ich autorisiere die Fondation Luxembourgeoise pour la Mémoire de la Shoah, der Claims Conference meine Person betreffende Informationen und Unterlagen zugänglich zu machen.

Mir ist bewusst, dass diese Dokumente und Informationen folgende personenbezogene Daten wie Name, Adresse, Alter, Geburtsdatum, Geschlecht, Ausbildung, Beruf sowie personenbezogene Daten zur rassischen oder ethnischen Zugehörigkeit, zu politischen oder ideologischen Ansichten, religiösen Überzeugungen oder gewerkschaftlicher Zugehörigkeit und Daten zum Gesundheitszustand enthalten können.

Ich verstehe, dass über mich in diesem Formular erhobene Daten sowie die Daten anderer Personen, auf die in diesem Formular Bezug genommen wird („Dritte“), gemäß der Datenschutzerklärung der Claims Conference verarbeitet werden, die unter <http://www.claimscon.org/about/privacy-policy> eingesehen werden kann. Ich bestätige, dass ich diese Dritten auf diese Mitteilung aufmerksam gemacht habe und dass ich ihre Erlaubnis zur Verarbeitung ihrer in diesem Antragsformular gemachten personenbezogenen Daten durch die Claims Conference und alle in der Mitteilung genannten Dritten erhalten habe.

Die Weiterverarbeitung dieser Daten dient dazu, meinen Antrag auf Entschädigung im Rahmen des Luxemburg Fonds zu bearbeiten,

Ich verstehe, dass die Claims Conference Daten in Verbindung mit diesem Antrag an Niederlassungen der Claims Conference weiterleiten darf, einschließlich – jedoch nicht darauf beschränkt - der Niederlassungen in den Vereinigten Staaten und in Deutschland. Ich stimme außerdem zu, dass meine personenbezogenen Daten der Fondation Luxembourgeoise pour la Mémoire de la Shoah oder der luxemburgischen Regierung zum Zwecke der Bearbeitung meines Antrags zur Verfügung gestellt werden können.

Daten über meine ethnische und rassische Herkunft, meine religiösen Überzeugungen und meine Gesundheit gelten nach europäischem Datenschutzrecht als Daten einer besonderen Kategorie („besonders schützenswerte

personenbezogene Daten“). Für die Verarbeitung besonders schützenswerter personenbezogener Daten benötigt die Claims Conference nach dem europäischen Datenschutzrecht die ausdrückliche Zustimmung des Antragstellers.

Mit meiner nachstehenden Unterschrift akzeptiere ich hiermit ausdrücklich, dass zur Feststellung meiner Berechtigung zur Teilnahme an diesem Entschädigungsprogramm und zum Erhalt von Zahlungen:

- Meine besonders schützenswerten personenbezogenen Daten, falls erforderlich, von der Claims Conference zur Feststellung meiner Leistungsberechtigung aus dem Luxemburg Fonds verarbeitet werden dürfen.
- Meine besonders schützenswerten personenbezogenen Daten, falls erforderlich, von der Fondation Luxembourgeoise pour la Mémoire de la Shoah eingesehen werden können.
- Meine auf diesem Formular erhobenen personenbezogenen Daten sowie meine besonders schützenswerten personenbezogenen Daten bei Bedarf außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums übermittelt werden.

Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, dass die Claims Conference die in diesem Antrag enthaltenen personenbezogenen Daten verwenden darf, um mir weitere Informationen zu Nazi-Opfern zur Verfügung stehenden Entschädigungsprogrammen oder Sozialleistungen zu übermitteln

Die Claims Conference erkennt meine Rechte in Bezug auf meine personenbezogenen Daten an, wie in der Datenschutzerklärung der Claims Conference unter <http://www.claimscon.org/about/privacy-policy> beschrieben.

Mir ist bewusst, dass ich das Recht habe, meine Zustimmung jederzeit zurückzuziehen. Um meine Einwilligung zu widerrufen, meine Rechte im Rahmen der Datenschutzerklärung auszuüben oder etwaige Beschwerden einzureichen, verstehe ich, dass ich mich an die Claims Conference unter privacy@claimscon.org oder PO Box 1215, New York, New York 10113 (USA) wenden muss. Der Widerruf meiner Einwilligung hat keinen Einfluss auf die Rechtmäßigkeit der auf Grundlage der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Bearbeitung. Wenn ich meine Einwilligung widerrufe, ist mir bewusst, dass die Claims Conference möglicherweise meinen Antrag nicht bearbeiten oder ihren Zahlungsverpflichtungen nachkommen kann.

Name des Antragstellers in Druckbuchstaben: _____

Unterschrift des Antragstellers: _____ **Datum:** Tag: Monat: Jahr:

Ist ein/e Antragsteller/in nicht in der Lage, diesen Antrag zu unterzeichnen, so kann auch ein bevollmächtigter Vertreter in seinem/ihrer Namen unterzeichnen. Eine Fotokopie einer Vollmacht oder eines Dokuments, das eine rechtliche Betreuung nachweist, sowie eine Fotokopie des amtlichen Ausweises des bevollmächtigten Stellvertreters müssen diesem Formular beigefügt werden,

Unterschrift des bevollmächtigten Stellvertreters (wird nur benötigt, wenn der/die Antragsteller/in nicht in der Lage ist, selbst zu unterschreiben): _____

Datum: Tag: Monat: Jahr:

Name des bevollmächtigten Stellvertreters in Druckbuchstaben: _____

SCHRITT 5: Bitte überprüfen Sie, dass die Schritte 1-4 abgeschlossen sind und dass der Antrag unterschrieben ist. Danach senden Sie den Antrag bitte an eine der untenstehenden Adressen. Ausgefüllte Anträge müssen spätestens bis zum **15. Oktober 2021** bei einer der nachstehend aufgeführten Adressen eingehen.

Nach dieser Abgabefrist eingehende Anträge werden auf keinen Fall bearbeitet.

CLAIMS CONFERENCE / Luxembourg Fund
PO Box 1215
New York, New York 10113
United States

CLAIMS CONFERENCE / Luxembourg Fund
Postfach 90 05 43
60445 Frankfurt am Main
Deutschland

Cette application est également disponible en français sur notre site internet www.claimscon.org

This application is also available in English on our website www.claimscon.org

