

Antrag auf Hinterbliebenenrente aus
der deutschen Rentenversicherung

D/I 2

2 I/ד

תביעה לקצבת שאירים מבטוח
הקצבות הגרמני

Deutsche Versicherungsnummer/Aktenzeichen									

BKZ			
5			

נא להכניס את מס' הבטוח/מס' החיק
הגרמני במשבצות כאן

Israeliische Identitätsnummer bitte nebenstehend eintragen →

מספר הזהות הישראלי									

Hinweis: Die Beantwortung der Fragen ist erforderlich, damit über Ihren Antrag entschieden werden kann. Ihre Mitwirkungspflicht und deren Umfang ergeben sich aus den §§ 60 ff. des Ersten Buches Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil (SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann die Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

הערה: יש צורך לענות לשאלות כדי להחליט על הכינתן. שחוף פעולתך והקיפך נקבעו בסעיפים 60 והלאה, ספר ראשון של החוק הסוציאלי - חלק כללי (SGB I). חוסר שחוף פעולה עלול לגרום שלילה או ביטול הגמלה כולה או בחלקה. (סעיף 66 SGB I)

Alle Fragen genau beantworten!
Zutreffendes ankreuzen !
Beweismittel beifügen!

על כל השאלות יש להשיב בדיקנות!
לסמן את המתאים ב-X!
לצרף הוכחות!

A Personalien des Versicherten

א פרטים אישיים של המבוטח

1	Name		1	שם המשפחה
2	Geburtsname		2	שם המשפחה לפני הנשואים
3	Vornamen (Rufname unterstreichen)		3	שמות פרטיים (למחוח קו חחת השם המקובל)
4	Früher geführte Namen und Vornamen		4	שמות משפחה ושמות פרטיים קודמים
5	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)	Datum / תאריך	5	תאריך לידה (יום, חודש, שנה)
6	Geburtsort, Kreis, Land		6	מקום לידה, מחוז, ארץ
7	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	7	מין
8	Welche Staatsangehörigkeit(en) besaß der Versicherte im Zeitpunkt seines Todes? Nachweise bzw. Bestätigungen beifügen		8	בעל איזו אזרחות (אזרחויות) היה המבוטח בעת פטירתו? נא לצרף אישורים
9	Hatte der Versicherte früher eine andere Staatsangehörigkeit besessen? Falls „ja“: - Welche Staatsangehörigkeit(en) - Zeitraum (Tag, Monat, Jahr)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	9	האם למבוטח היחה אזרחות אחרת בחקופה קודמת? אם כן, - נא לציין איזו אזרחות - וחקופה האזרחות (יום, חודש, שנה)
10	Todestag (Tag, Monat, Jahr)	Datum / תאריך	10	תאריך הפטירה (יום, חודש, שנה)

Alle Fragen genau beantworten!
Zutreffendes ankreuzen !
Beweismittel beifügen!

על כל השאלות יש להשיב בדיקנות!
לסמן את המתאים ב-X!
לצרף הוכחות!

11	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig (רווק (ה) <input type="checkbox"/> verheiratet (נשוי נשואה) <input type="checkbox"/> verwitwet (אלמן (ה) <input type="checkbox"/> geschieden (גרודש (ה) <input type="checkbox"/> getrennt lebend (חי (ה) בנפרד	מצב משפחתי	11
12	Tag der letzten Eheschließung (Tag, Monat, Jahr)	Datum / תאריך	תאריך הנשואים האחרונים (יום, חודש, שנה)	12
13	Falls der Versicherte zuletzt vor seinem Tode nicht in der Bundesrepublik Deutschland wohnte: Hat sich der Versicherte jemals im Gebiet der heutigen Bundesrepublik Deutschland oder im Gebiet des Deutschen Reiches gewöhnlich aufgehalten? Falls „ja“: Ort und Kreis des letzten Aufenthalts vor dem 19.05.90	<input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא	באם לא התגורר המבוטח ברפובליקה הפדרלית גרמניה בסמוך לפטירתו: האם התגורר המבוטח אי פעם בקביעות בשטח הרפובליקה הפדרלית גרמניה דהיום או בשטח הרייך הגרמני? אם כן, ציין: מקום ומחוז המגורים לאחרונה לפני התאריך 19.5.90	13
14	Falls der Versicherte zuletzt in der Bundesrepublik Deutschland wohnte: An welchem Ort hat sich der Versicherte am 18.05.90 gewöhnlich aufgehalten?		אם המבוטח התגורר לאחרונה ברפובליקה הפדרלית גרמניה: באיזה מקום שהה המבוטח בתאריך 18.5.90 באופן קבוע?	14

B Personalien der Witwe, des Witwers, der früheren Ehefrau, des früheren Ehemannes

ב פרטים אישיים של אלמנה, אלמן, האישה הקודמת, הבעל הקודם

1	Name		שם המשפחה	1
2	Geburtsname		שם המשפחה לפני הנשואים	2
3	Vornamen (Rufname unterstreichen)		שמות פרטיים (למתוח קו תחת השם המקובל)	3
4	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)	Datum / תאריך	תאריך לידה (יום, חודש, שנה)	4
5	Geburtsort		מקום לידה	5
6	Wie lautet Ihre - deutsche Versicherungsnummer - israelische Identitätsnummer		נא לציין את - מס' הבטוח הגרמני שלך - מס' הזהות הישראלי שלך	6
7	Welche Staatsangehörigkeit(en) besitzen Sie? Nachweise bzw. Bestätigungen beifügen		בעל איזו אזרחות (אזרחויות) הנך? נא לצרף אישורים	7
8	Hatten Sie früher eine andere Staatsangehörigkeit besessen? Falls „ja“: - Welche Staatsangehörigkeit(en) - Zeitraum (Tag, Monat, Jahr)	<input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא Zeitraum vom/bis	האם היתה לך אזרחות אחרת? אם כן, ציין - איזו אזרחות (אזרחויות) - באיזו תקופה (יום, חודש, שנה)	8
9	Sind Sie Flüchtling i. S. des Art. I des Abkommens über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28.07.51?	<input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא	האם את (ה) פליט (ה) במובן סעיף 1 לאמנה על מעמד החוקי של הפליטים מיום 28.7.1951?	9
10	Wann wurde die Ehe mit dem Versicherten geschlossen? (Tag, Monat, Jahr)	Datum / תאריך	תאריך הנשואים עם המבוטח (יום, חודש, שנה)	10
11	Bestand diese Ehe noch im Zeitpunkt des Todes des Versicherten?	<input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא	האם נשואים אלו היו בחוקף בעת הפטירה?	11

Alle Fragen genau beantworten!
 Zutreffendes ankreuzen (X)!
 Beweismittel beifügen!

על כל השאלות יש להשיב בדיוקנות!
 לסמן את המתאים ב-X!
 לצרף הוכחות!

12	<p>Wurde Ihre Ehe mit dem/der Versicherten geschieden, für nichtig erklärt oder aufgehoben?</p> <p>Falls „ja“:</p> <p>- Datum der Auflösung der Ehe</p> <p>- Gericht/Aktenzeichen</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein כן לא</p> <p>Datum / תאריך</p> <p>_____</p>	<p>12 האם התגרשת מהמבוטח או האם בוטלו הנשואים?</p> <p>אם כן, ציין:</p> <p>- תאריך ביטול הנשואים</p> <p>- בית הדין/מס' התיק</p>
13	<p>Haben Sie sich nach dem Tode des/der Versicherten wiederverheiratet?</p> <p>Falls „ja“:</p> <p>- Datum der Wiederheirat</p> <p>- Besteht diese Ehe noch?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein כן לא</p> <p>Datum / תאריך</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein כן לא</p>	<p>13 האם נשאת בשנית לאחר מותו של המבוטח?</p> <p>אם כן, ציין:</p> <p>- תאריך הנשואים</p> <p>- האם נשואים אלו בחוקף עד היום?</p>
14	<p>Anschrift</p> <p>Straße, Hausnummer</p> <p>Wohnort (genaue postalische Bezeichnung)</p> <p>Aufenthaltsstaat</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>14 כתובת</p> <p>רחוב, מס' הבית</p> <p>ישוב, מיקוד</p> <p>ארץ</p>
15	<p>Halten Sie sich in den von Israel besetzten Gebieten gewöhnlich auf?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein כן לא</p>	<p>15 האם אתה מתגורר בשטחים המוחזקים ע"י ישראל?</p>
16	<p>Falls Sie nicht in der Bundesrepublik Deutschland wohnen:</p> <p>Haben Sie sich jemals im Gebiet der heutigen Bundesrepublik Deutschland oder im Gebiet des Deutschen Reiches gewöhnlich aufgehalten?</p> <p>Falls „ja“:</p> <p>Ort und Kreis des letzten Aufenthalts vor dem 19.05.90</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein כן לא</p> <p>_____</p>	<p>16 באם אינך גר ברפובליקה הפדרלית בגרמניה:</p> <p>האם התגוררת אי פעם בקביעות בשטח הרפובליקה הפדרלית גר-מניה דהיום או בשטח הרייך הגרמני?</p> <p>אם כן, ציין:</p> <p>מקום ומחוז המגורים לאחרונה לפני התאריך 19.5.90</p>
17	<p>Falls Sie in der Bundesrepublik Deutschland wohnen:</p> <p>An welchem Ort haben Sie sich am 18.05.90 gewöhnlich aufgehalten?</p>	<p>_____</p>	<p>17 אם הנך גר ברפובליקה הפדרלית בגרמניה:</p> <p>באיזה מקום שהית בתאריך 18.5.90 באופן קבוע?</p>

C Vertreter/Bevollmächtigter

ג בא כח / מיופה כח

1	Name		שם המשפחה	1
2	Vorname		שם פרטי	2
3	Straße, Hausnummer		רחוב, מס' הבית	3
4	Wohnort (genaue postalische Bezeichnung)		ישוב, מיקוד	4
5	Der Bescheid – auch der (die) Bescheid(e) für die volljährige(n) Waise(n) – soll(en) dem Vertreter/Bevollmächtigten zugestellt werden?	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein כן לא</p>	<p>האם ההחלטה כולל ההחלטה בענין היתומים הבוגרים תועבר לבא כח/ למיופה הכח?</p>	5
Eine Vollmacht ist dem Antrag beizufügen			יש לצרף לתביעה יפוי כח	

Alle Fragen genau beantworten!
Zutreffendes ankreuzen !
Beweismittel beifügen!

על כל השאלות יש להשיב בדיקנות!
לסמן את המחאים ב-X!
לצרף הוכחות!

ד סוג הגמלה הנחבעת

D Beantragte Leistungsart

1	Witwenrente/Witwerrente	<input type="checkbox"/>	קצבה אלמנה/קצבה אלמן	1
2	Hinterbliebenenrente an den früheren Ehegatten bei Ehescheidung vor dem 01.07.77	<input type="checkbox"/>	קצבה שארים לבן/בכ זוג גרוש, כאשר הגירושים היו לפני התאריך 1.7.77	2
3	Waisenrente (Abschnitt O ist auszufüllen)	<input type="checkbox"/>	קצבה יתומים (למלא פרק יד' להלן)	3
4	<p>Falls die Witwe, der Witwer oder der frühere Ehegatte das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hat:</p> <p>- Erziehen Sie mindestens ein noch nicht 18 Jahre altes Kind oder sorgen Sie für ein gebrechliches Kind, mit dem Sie in häuslicher Gemeinschaft leben?</p> <p>- Halten Sie sich für berufsunfähig oder erwerbsunfähig?</p> <p>Falls „ja“, Abschnitt M ausfüllen</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<p>אם לאלמנה, לאלמן, לבן/בכ הזוג הקודם (ת) טרם מלאו 45 שנים:</p> <p>- האם אתה מגדל ילד שהינו מחת לגיל 18 או האם אתה מטפל בילד נכה המתגורר אצלך?</p> <p>- האם הנך רואה את עצמך כבלתי כשיר לעבוד במקצוע או להשכיר?</p> <p>אם כן, נא למלא את פרק יב'</p>	4

E Weitere Angaben zur Person des Versicherten, der Witwe, des Witwers und des früheren Ehegatten

ה פרטים אישיים נוספים של המבוטח, האלמנה, האלמן, בן/בכ הזוג הקודם (ת)

1	<p>Ist der Versicherte</p> <p>- Vertriebener i. S. von § 1 BVFG?</p> <p>- Flüchtling aus der früheren DDR i. S. von §§ 3, 4 BVFG?</p> <p>- NS-Verfolgter i. S. von § 1 BEG?</p> <p>- heimatloser Ausländer (Gesetz vom 25.04.51)?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<p>האם המבוטח הינו</p> <p>- מגורש במובן סעיף 1 לחוק BVFG?</p> <p>- פליט מהרפובליקה הדמוקרטית גרמניה לשעבר במובן סעיפי 3, 4 לחוק BVFG?</p> <p>- נרדף הנאצים במובן סעיף 1 לחוק הפיצויים הגרמני BEG?</p> <p>- זר ללא מולדה (חוק מהתאריך 25.4.51)?</p>	1
2	Gehörte der Versicherte dem deutschen Sprach- und Kulturkreis an?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	האם המבוטח השתייך לחוג השפה והתרבות הגרמנית?	2
3	<p>Hatte der Versicherte in der Zeit vom 12.03.38 bis 10.04.45 seinen gewöhnlichen Aufenthalt in der heutigen Republik Österreich oder übte er dort eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aus?</p> <p>Falls „ja“:</p> <p>- Zeiten des gewöhnlichen Aufenthalts (Tag, Monat, Jahr)</p> <p>- Zeiten der Beschäftigung/selbständigen Tätigkeit (Tag, Monat, Jahr)</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<p>האם שהה המבוטח בחקופה בין 12.3.38 לבין 10.4.45 בקביעות ברפובליקה של אוסטריה דהיום או עבד שם כשכיר או כעצמאי?</p> <p>אם כן, פרט:</p> <p>- תקופות שהיה הקבועה (יום, חודש, שנה)</p> <p>- תקופות העבודה כשכיר או כעצמאי (יום, חודש, שנה)</p>	3
4	<p>Ist der Versicherte von einer Entschädigungsbehörde als Verfolgter anerkannt worden?</p> <p>Falls „ja“:</p> <p>Entschädigungsamt</p> <p>Aktenzeichen</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<p>האם המבוטח הוכר כ"נרדף" ע"י הרשות לפיצויים?</p> <p>אם כן, ציין את שם משרד הפיצויים</p> <p>- מס' התיק</p>	4
5	<p>Ist der Versicherte in einem Verfahren nach dem BVFG als Vertriebener anerkannt worden?</p> <p>Falls „ja“:</p> <p>Vertriebenenbehörde</p> <p>Aktenzeichen</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<p>האם הוכר המבוטח כ"מגורש" על סמך תביעה לפי חוק המגורשים הגרמני BVFG?</p> <p>אם כן, ציין את שם הרשות למגורשים</p> <p>- מס' התיק</p>	5

Alle Fragen genau beantworten!
Zutreffendes ankreuzen !
Beweismittel beifügen!

על כל השאלות יש להשיב בדיקנות!
לסמן את המתאים ב-X!
לצרף הוכחות!

6	Sind Sie - Vertriebener i. S. von § 1 BVFG? - NS-Verfolgter i. S. von § 1 BEG?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם הנך - מגורש כמובן סעיף 1 לחוק BVFG? - נרדף הנאצים כמובן סעיף 1 לחוק הפיצויים הגרמני BEG?	6
7	Gehörten Sie dem deutschen Sprach- und Kulturkreis an?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם השתייכת לחוג השפה והתרבות הגרמנית?	7
8	Sind Sie von einer Entschädigungsbehörde als Verfolgter anerkannt worden? Falls „ja“: Entschädigungsamt Aktenzeichen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם הוכרה כ"נרדף" ע"י הרשות לפיצויים? אם כן, ציין את: - שם משרד הפיצויים - מס' החיק	8
9	Sind Sie in einem Verfahren nach dem BVFG als Vertriebener anerkannt worden? Falls „ja“: Vertriebenenbehörde Aktenzeichen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם הוכרה כ"מגורש" על סמך חביעה לפי חוק המגורשים הגרמני BVFG? אם כן, ציין את: - שם הרשות למגורשים - מס' החיק	9

F Versicherungsverlauf des Versicherten

ו מהלך תקופות הבטוח של המבוטח

Abschnitt F ist immer auszufüllen

(חובה למלא)

Lfd. Nr.	Wirtschaftsbereich	המגזר הכלכלי	מספר סידורי
1	Energie- und Brennstoffindustrie	אנרגיה ודלק	1
2	Chemische Industrie	העשיה כימיה	2
3	Metallurgie	העשיה מתכת	3
4	Baumaterialienindustrie	העשיה חומרי בנין	4
5	Wasserwirtschaft	משק המים	5
6	Maschinen- und Fahrzeugbau	העשיה מכונות ורכב	6
7	Elektrotechnik/Elektronik/Gerätebau	אלקטרו-טכניקה/אלקטרוניקה/מכשירים	7
8	Leichtindustrie (ohne Textilindustrie)	העשיה קלה (ללא העשיה טכסטיל)	8
9	Textilindustrie	העשיה טכסטיל	9
10	Lebensmittelindustrie	העשיה מוצרי מזון	10
11	Bauwirtschaft	בנין	11
12	Sonstige produzierende Bereiche (z. B. Verlage, Reparaturbetriebe, Forschungszentren der Industrie)	חומי יצור נוספים (כגון הוצאות לאור, מפעלי קוונים, מרכזי מחקר העשייתיים)	12
13	Produzierendes Handwerk	מלאכה יד יוצרת	13
14	Land- und Forstwirtschaft	חקלאות וייעור	14
15	Verkehr	החבורה	15
16	Post- und Fernmeldewesen	דואר והקשורת	16
17	Handel	מסחר	17
18	Bildung, Gesundheitswesen, Kultur und Sozialwesen	חנוך, בריאות, תרבות וסעד	18
19	Wissenschaft, Hoch- und Fachschulwesen	השכלה גבוהה ומקצועית	19
20	Staatliche Verwaltung und Gesellschaftliche Organisationen	מנהל ממלכתי וארגונים חברתיים	20
21	Sonstige nichtproduzierende Bereiche (z. B. Sozialversicherung, Wohnungswirtschaft, Touristik)	חומים ללא יצור (כגון בטוח סוציאלי, דיור, חירות)	21
22	Landwirtschaftliche Produktionsgenossenschaften	קו-אופרטיבים ליצור חקלאי	22
23	Produktionsgenossenschaften des Handwerks	תאגידים ליצור מלאכה יד	23

Hinweis:

Nachstehende Tabelle über Wirtschaftsbereiche und die Schlüsselzahlen für die einzelnen Wirtschaftsbereiche hat Bedeutung für die Zuordnung von Beitragszeiten und Beschäftigungszeiten nach dem Fremdrentengesetz. Tragen Sie bitte die entsprechende Schlüsselzahl in Spalte 5 des umseitigen Versicherungsverlaufs ein.

הערה:

לסבלה שלהלן יש השייכות לצורך שיוך התקופות עבורן שולמו דמי בטוח ותקופות העסקה ע"פ החוק הגרמני לקצבאות חוץ. נא לציין את המספר הסידורי המתאים כסדר 5 בעמוד הבא - מהלך תקופות הבטוח.

Alle Fragen genau beantworten!
 Zutreffendes ankreuzen !
 Beweismittel beifügen!

על כל השאלות יש להשיב בדיקנות!
 לסמן את המתיים ב-X!
 לצרף הוכחות!

G Weitere Angaben über das Versicherungsverhältnis

ז נתונים נוספים על הבטוח של המבוטח

<p>1 Hat ein Rentenversicherungsträger in der Bundesrepublik Deutschland für den Versicherten ein Kontenklärungsverfahren durchgeführt oder dem Versicherten eine Rente gezahlt?</p> <p>Falls „ja“: Versicherungsträger _____</p> <p>Falls „nein“: Frage 2 beantworten.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא</p>	<p>1 האם ברר מוסד לבטוח סוציאלי ברפובליקה הפדרלית גרמניה את מהלך הבטוח של המבוטח או שלם לבטוח קצבה?</p> <p>אם כן, ציין את שם מוסד הבטוח</p> <p>אם לא, נא להשיב לשאלה מס' 2.</p>
<p>2 Frage 2 nur beantworten, falls Frage 1 verneint wurde</p> <p>Hat der Versicherte an einen deutschen Rentenversicherungsträger Beiträge gezahlt?</p> <p>Falls „ja“, zuletzt zur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rentenversicherung der Arbeiter <p>An welche Landesversicherungsanstalt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angestelltenversicherung - knappschaftlichen Rentenversicherung <p>Falls „nein“, Frage 3 beantworten.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>2 יש להשיב לשאלה 2 רק אם התשובה לשאלה 1 הייתה שלילית.</p> <p>האם שלם המבוטח דמי בטוח לאחר המוסדות לבטוח הסוציאלי בגרמניה?</p> <p>אם שלם, ציין את שם המוסד לו שולמו דמי הבטוח לאחרונה:</p> <ul style="list-style-type: none"> - בטוח פנסיה של הפועלים למוסד של איזה חבל? - מוסד הבטוח לעובדים - בטוח פנסיה של הכורים <p>אם התשובה לשאלה שלפיל היא שלילית, נא להשיב לשאלה 3</p>
<p>3 Frage 3 nur beantworten, falls die Fragen 1 und 2 verneint wurden</p> <p>War der Versicherte in den Herkunftsgebieten i. S. des FRG zuletzt als</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbeiter - Angestellter - Arbeitnehmer im Bergbau beschäftigt? 	<p><input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>3 להשיב לשאלה 3 רק אם התשובה לשאלות 1 ו-2 היו שליליות.</p> <p>ציין את סוג העסוק האחרון באזור המוצא של המבוטח (במובן החוק הגרמני לקצבאות חוץ FRG)</p> <ul style="list-style-type: none"> - פועל - שכיר - כורה
<p>4 Hat der Versicherte die Erstattung von Beiträgen beantragt oder hat ein deutscher Versicherungsträger Beiträge erstattet?</p> <p>Falls „ja“:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherungsträger - Aktenzeichen/Versicherungsnummer 	<p><input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא</p>	<p>4 האם חבע המבוטח החזר של דמי בטוח או האם הוא קבל החזר של דמי בטוח על ידי מוסד לבטוח גרמני?</p> <p>אם כן, ציין את שם מוסד הבטוח</p> <p>מס' התיק/מס' הבטוח _____</p>
<p>5 War der Versicherte in Deutschland Beamter?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא</p>	<p>5 האם היה המבוטח בגרמניה פקיד ממשלה?</p>
<p>6 Hat der Versicherte in der früheren deutschen Wehrmacht oder im Reichsarbeitsdienst berufsmäßig Dienst geleistet oder lag eine Verpflichtung zur längeren Dienstleistung vor?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא</p>	<p>6 האם שרת המבוטח שרות קבע ב"וורמאכט" הגרמני דאו או בשרות העבודה של ה"רייך", או הייתה קיימת התחייבות לשרות ממושך?</p>
<p>7 Falls Sie Frage 5 oder 6 bejaht haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wurde diese Zeit in der deutschen Rentenversicherung nachträglich versichert? - Beziehen Sie aufgrund dieser Beschäftigung eine Hinterbliebenenversorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften? <p>Falls „ja“:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dienststelle - Aktenzeichen 	<p><input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא</p> <p><input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא</p>	<p>7 נא לענות על השאלות להלן רק אם התשובה לשאלה 5 או 6 היא חיובית:</p> <ul style="list-style-type: none"> - האם בוטח המבוטח עבור תקופה זו בדיעבד בבטוח הגרמני? - האם הנך מקבל על סמך עסוק זה גמלת שארים ע"פ הוראות התקנון של פקירי ממשלה? <p>אם כן, ציין את שם המשרד</p> <p>מס' התיק _____</p>

Alle Fragen genau beantworten!
Zutreffendes ankreuzen !
Beweismittel beifügen!

על כל השאלות יש להשיב בדיקנות!
לסמן את המתאים ב-X!
לצרף הוכחות!

<p>8 Ist beim Versicherten eine Beitragsleistung für eine an sich rentenversicherungspflichtige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aus Verfolgungsgründen unterblieben? Falls „ja“: In welchen Zeiträumen? (Tag, Monat, Jahr)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא</p>	<p>8 האם לא שולמו למבוטח דמי בטוח חובה עבור עבודה שכירה או עצמאית עקב הרדיפות? אם כן, ציין: באילו תקופות? (יום, חודש, שנה)</p>										
<p>9 Hat der Versicherte aus Verfolgungsgründen für eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit geringere Einkünfte erzielt? Falls „ja“: In welchen Zeiträumen? (Tag, Monat, Jahr)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא</p>	<p>9 האם ירדו הכנסות המבוטח עבור עבודה שכירה או עצמאית עקב הרדיפות? אם כן, ציין: באילו תקופות? (יום, חודש, שנה)</p>										
<p>10 Ist der Versicherte in einer landwirtschaftlichen Kollektivbildungsstätte oder in einer handwerklichen Lehrwerkstatt der Reichsvertretung der Juden in Deutschland oder einer anderen jüdischen Organisation durch eine berufliche Ausbildung auf die Auswanderung vorbereitet worden? Falls „ja“: - Dauer der Vorbereitung (Tag, Monat, Jahr) - Bezeichnung der Ausbildungsstätte - Wann ist der Versicherte nach Palästina/Israel ausgewandert? (Tag, Monat, Jahr)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא</p> <p>Datum / תאריך</p> <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<p>10 האם הוכשר המבוטח להגירה בהכשרה חקלאית קבוצית או בבית מלאכה המשמש ללימודי מלאכה של הנציגות הכלל ארצית של היהודים בגרמניה או של ארגון יהודי אחר? אם כן, ציין: - משך ההכשרה (יום, חודש, שנה) - מקום ההכשרה - מתי הגר המבוטח לארץ ישראל/ישראל? (יום, חודש, שנה)</p>

H Zeiten der Kindererziehung

ח תקופות חנוך ילדים

(Kindererziehungszeiten und Kinderberücksichtigungszeiten)

(תקופות חנוך ילדים ותקופות המדבאות בחשבון)

<p>1 Hat der Versicherte ein Kind in den ersten zehn Jahren nach dessen Geburt erzogen?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא</p>	<p>1 האם חנך המבוטח ילד משך 10 השנים לאחר לידתו?</p>	
<p>2 Welche Kinder hat der Versicherte erzogen?</p>		<p>2 פרטים על הילדים שחנך המבוטח</p>	
	<p>Familienname, Vorname שם משפחה ושם פרטי</p>	<p>Geburtsdatum תאריך לידה</p>	<p>Geburtsort und Staat ארץ ומקום לידה</p>
<p>1. Kind</p>			<p>ילד ראשון</p>
<p>2. Kind</p>			<p>ילד שני</p>
<p>3. Kind</p>			<p>ילד שלישי</p>
<p>Falls Raum nicht ausreicht, Einlageblatt benutzen!</p>		<p>אם המקום אינו מספיק, נא לצרף דף נוסף!</p>	
<p>3 Wurde die Anrechnung von Zeiten der Kindererziehung für die in 2 genannten Kinder bereits von einer anderen Person beantragt oder wurden diese Zeiten bereits einer anderen Person angerechnet? Falls „ja“: - Vollständiger Name der anderen Person - Versicherungsnummer</p>	<p><input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא</p>	<p>3 האם כבר תבע אדם אחר את הכאתן בחשבון של תקופות החנוך בגין הילדים במפורס לעיל, או האם כבר הובאו בחשבון התקופות לטובת אדם אחר? אם כן, ציין את - השם המלא של האדם האחר - מס' הבטוח</p>	

Alle Fragen genau beantworten!
 Zutreffendes ankreuzen !
 Beweismittel beifügen!

על כל השאלות יש להשיב בדיקנות!
 לסמן את הממאים ב-X!
 לצרף הוכחות!

J Angaben zur Ausbildung des Versicherten

ט נתונים לגבי ההשכלה של המבוטח

<p>1 Schulausbildung</p> <p>Welche allgemeinbildenden oder weiterführenden Schulen hat der Versicherte besucht (z. B. Volks-, Haupt-, Realschule, Gymnasium)?</p> <p>Art der Schule</p> <p>Datum der Schulentlassung (Tag, Monat, Jahr)</p> <p>Hat der Versicherte eine Fachschule, eine Fachhochschule oder eine Hochschule bzw. eine Universität besucht?</p> <p>Falls „ja“:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Art der Ausbildungsstätte und Fachrichtung - Dauer dieser Ausbildung (Tag, Monat, Jahr) - Wurde die Abschlußprüfung bestanden? <p>Falls „ja“:</p> <p>Datum der Abschlußprüfung (Tag, Monat, Jahr)</p>	<p>Datum / תאריך</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>Datum / תאריך</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>Datum / תאריך</p>	<p>1 לימודי בית ספר</p> <p>באילו כתי ספר עיונים או לימודי המשך למד המבוטח (כגון בית ספר יסודי, תיכון, ראלי)?</p> <p>סוג בית הספר</p> <p>תאריך סיום בית הספר (יום, חודש, שנה)</p> <p>האם למד המבוטח בבית ספר תיכון מקצועי, בית ספר מקצועי גבוה, בית ספר להשכלה גבוהה או אוניברסיטה?</p> <p>אם כן, ציין את:</p> <ul style="list-style-type: none"> - סוג המוסד להשכלה ומגמתו - משך הלימודים (יום, חודש, שנה) - האם עמד המבוטח בכתינות הגמר? <p>אם כן, ציין:</p> <p>תאריך בכתינות הגמר (יום, חודש, שנה)</p>
<p>2 Berufsausbildung</p> <p>Bestand ein Lehrverhältnis bzw. ein Ausbildungsverhältnis?</p> <p>Falls „ja“:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dauer der Lehr-/Ausbildungszeit (Tag, Monat, Jahr) - Erlernter Beruf - Datum der Abschlußprüfung (Tag, Monat, Jahr) - Wurde in dem erlernten Beruf die Gesellen- oder Gehilfen- oder Facharbeiterprüfung bestanden? <p>Falls „ja“:</p> <p>Mit welcher Qualifikation?</p> <p>Wurde die Meisterprüfung bestanden?</p> <p>Falls „ja“:</p> <p>Datum der Meisterprüfung (Tag, Monat, Jahr)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>Datum / תאריך</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>Datum / תאריך</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>Datum / תאריך</p>	<p>2 לימודים מקצועיים</p> <p>האם היה קיים הסכם חניכות או הסכם לימודים?</p> <p>אם כן, ציין:</p> <ul style="list-style-type: none"> - משך החניכות/הלימודים (יום, חודש, שנה) - המקצוע שנרכש - תאריך בכתינות הגמר (יום, חודש, שנה) - האם עמד המבוטח במבחן במקצוע שנרכש כבעל מלאכה, כעוזר או כעובד מקצועי? <p>אם כן, ציין:</p> <p>באיזו דרגה מקצועית?</p> <p>האם עמד המבוטח בכתינות לרב-אומן?</p> <p>אם כן, ציין את:</p> <p>תאריך הבכתינות לרב-אומן (יום, חודש, שנה)</p>

Alle Fragen genau beantworten!
 Zutreffendes ankreuzen !
 Beweismittel beifügen!

על כל השאלות יש להשיב בדיקנות!
 לסמן את המתאים ב-א!
 לצרף הוכחות!

<p>3 Anlernzeit</p> <p>Bestand ein Anlernverhältnis?</p> <p>Falls „ja“:</p> <p>- Dauer der Anlernzeit (Tag, Monat, Jahr)</p> <p>- Angelernter Beruf</p> <p>- Datum der Prüfung (Tag, Monat, Jahr)</p> <p>- Wurde die Abschlussprüfung in dem angelernten Beruf bestanden?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein כן לא</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Datum / תאריך</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein כן לא</p>	<p>3</p> <p>קופת לימוד מיומנות מקצועית האם היה קיים הסכם על רכישה מיומנות מקצועית (שלא כתקופת הניכוח)?</p> <p>אם כן, ציין:</p> <p>- משך ההורכה (יום, חודש, שנה)</p> <p>- המיומנות המקצועית שנרכשה</p> <p>- תאריך הבחינות (יום, חודש, שנה)</p> <p>- האם עמד המבוטח בבחינות הגמר?</p>
<p>4 Umschulung</p> <p>Ist eine Umschulung auf einen anderen Beruf durchgeführt worden?</p> <p>Falls „ja“:</p> <p>- Dauer der Umschulung (Tag, Monat, Jahr)</p> <p>- Umschulungsberuf</p> <p>- Datum der Prüfung (Tag, Monat, Jahr)</p> <p>- Wurde die Abschlussprüfung für den Umschulungsberuf bestanden?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein כן לא</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Datum / תאריך</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein כן לא</p>	<p>4</p> <p>הסבה מקצועית האם עבר המבוטח הסבה למקצוע אחר?</p> <p>אם כן, ציין:</p> <p>- משך ההסבה המקצועית (יום, חודש, שנה)</p> <p>- מקצוע ההסבה</p> <p>- תאריך הבחינות (יום, חודש, שנה)</p> <p>- האם עמד המבוטח בבחינות הגמר של מקצוע ההסבה?</p>
<p>5 Sonstige Qualifikation</p> <p>Hat der Versicherte eine Berufsausbildung mit einer sonstigen Qualifikation abgeschlossen?</p> <p>Falls „ja“:</p> <p>- Dauer der Ausbildung (Tag, Monat, Jahr)</p> <p>- Ausbildungsberuf</p> <p>- Datum der Prüfung (Tag, Monat, Jahr)</p> <p>- Art der sonstigen Qualifikation</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein כן לא</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Datum / תאריך</p> <p>_____</p>	<p>5</p> <p>התמחות נוספת האם המבוטח סיים התמחות לדרגה מקצועית נוספת?</p> <p>אם כן, ציין:</p> <p>- משך ההתמחות (יום, חודש, שנה)</p> <p>- המקצוע הנלמד</p> <p>- תאריך הבחינות (יום, חודש, שנה)</p> <p>- הדרגה המקצועית הנוספת</p>
<p>6</p> <p>Konnte der Versicherte eine Lehre, Fachschul- ausbildung oder Hochschulausbildung aus Verfolgungsgründen nicht abschließen?</p> <p>Falls „ja“:</p> <p>Datum der verfolgungsbedingten Beendigung (Tag, Monat, Jahr)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein כן לא</p> <p>Datum / תאריך</p> <p>_____</p>	<p>6</p> <p>האם לא הושלמו הלימודים, לימודי מקצוע, או לימודי בית ספר להשכלה גבוהה עקב הרדיפות?</p> <p>אם כן, ציין:</p> <p>תאריך ההפסקה עקב הרדיפות (יום, חודש, שנה)</p>

Alle Fragen genau beantworten!
Zutreffendes ankreuzen [X]!
Beweismittel beifügen!

על כל השאלות יש להשיב כדיקנות!
לסמן את המתאים ב-X!
לצרף הוכחות!

<p>7 Hatte der Versicherte eine Schul-, Fachschul- oder Hochschulausbildung aus Verfolgungsgründen unterbrochen?</p> <p>Falls „ja“:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Art der unterbrochenen Ausbildung - Datum der verfolgungsbedingten Unterbrechung (Tag, Monat, Jahr) - Hat der Versicherte die aus Verfolgungsgründen unterbrochene Ausbildung wieder aufgenommen oder eine neue Ausbildung aufgenommen? Falls „ja“: - Um welche Art von Ausbildung handelt es sich? - Dauer der Ausbildung (Tag, Monat, Jahr) - Falls es sich bei der wieder aufgenommenen oder neuen Ausbildung um eine Fachschul- oder Hochschulausbildung handelt: - Wurde diese Ausbildung abgeschlossen? - Falls „ja“: Datum der Abschlussprüfung (Tag, Monat, Jahr) 	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein כן לא</p> <hr/> <p>Datum / תאריך</p> <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein כן לא</p> <hr/> <p>Datum / תאריך</p> <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																	<p>7 האם המבוטח הפסיק לימודים בבית ספר, בבית ספר מקצועי או בית ספר להשכלה גבוהה עקב הרדיפות?</p> <p>אם כן, ציין: - אילו לימודים הופסקו?</p> <p>- תאריך ההפסקה בעקבות הרדיפות (יום, חודש, שנה)</p> <p>- האם הידש המבוטח שוב את לימודיו שהופסקו עקב הרדיפות או האם הוא התחיל בלימודים אחרים?</p> <p>אם כן, ציין: - באיזה סוג לימודים מדובר? - משך הלימודים (יום, חודש, שנה)</p> <p>- אם בלימודים שחודשו או שהמבוטח התחיל בהם מחדש מדובר בלימודי בית ספר מקצועי או בית ספר להשכלה גבוהה: - האם הושלמו הלימודים?</p> <p>אם כן, ציין: - תאריך בחינות הגמר (יום, חודש, שנה)</p>

K Weitere Angaben zum Renten Antrag

י נחונים נוספים לתביעה לקצבה

<p>1 Hat der Versicherte eine Rente aus der deutschen Rentenversicherung beantragt oder eine solche bezogen?</p> <p>Falls „ja“:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherungsträger - Versicherungsnummer 	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein כן לא</p> <hr/>	<p>1 האם הגיש המבוטח תביעה לקצבה מהמוסד לבטוח סוציאלי בגרמניה או האם קבל קצבה כזו?</p> <p>אם כן, ציין: - המנסח - מס' הכסוח</p>
<p>2 Ist der Tod des Versicherten durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit verursacht worden?</p> <p>Falls „ja“:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Todesursache - Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft) - Anschrift - Aktenzeichen 	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein כן לא</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>2 האם נגרם מותו של המבוטח ע"י תאונה עבודה או מחלה מקצועי?</p> <p>אם כן, ציין: - סיבת הפטירה - המוסד המנסח (האיגוד המקצועי) - כתובת - מס' התיק</p>

Alle Fragen genau beantworten!
Zutreffendes ankreuzen !
Beweismittel beifügen!

על כל השאלות יש להשיב בדיקנות!
לסמן את המחאים ב-X!
לצרף הוכחות!

<p>3 Ist der Tod des Versicherten durch einen Unfall oder durch andere Personen verursacht worden?</p> <p>Falls „ja“:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anschrift des Schädigers - Sind Schadenersatzansprüche geltend gemacht worden (z. B. bei einer privaten Versicherungsgesellschaft)? <p>Falls „ja“:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bei welcher Stelle - Aktenzeichen 	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein כן לא</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein כן לא</p> <hr/>	<p>3 האם נגרם מותו של המבוטח ע"י תאונה או ע"י אנשים אחרים?</p> <p>אם כן, ציין:</p> <ul style="list-style-type: none"> - כתובתו של בורם הנזק - האם נחבצו פיצויי נזיקין? (לדוגמא מחברת בטוח פרטיה) <p>אם כן, ציין:</p> <ul style="list-style-type: none"> - מאיזה גוף - מס' תיק החביעה
<p>4 Haben Sie eine Hinterbliebenenrente aus der deutschen oder einer ausländischen Unfallversicherung beantragt oder beziehen Sie eine solche Rente oder haben Sie hierfür eine Abfindung erhalten?</p> <p>Falls „ja“:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherungsträger - Anschrift des Versicherungsträgers - Aktenzeichen 	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein כן לא</p> <hr/> <hr/>	<p>4 האם תבעת קצבת שארים מבטוח תאונות גרמני או אחר, האם הנך מקבל קצבה כזאת או קבלת תשלום כלשהו במקום זה?</p> <p>אם כן, ציין:</p> <ul style="list-style-type: none"> - אה שם מוסד הבטוח - כתובת מוסד הבטוח - מס' התיק
<p>5 Haben Sie nach dem Tode des Versicherten von einem deutschen Sozialleistungsträger oder einer anderen öffentlichen Stelle Leistungen bezogen (z. B. Krankengeld, Sozialhilfe, Kriegsopferfürsorge, Versorgungsrente, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe)?</p> <p>Falls „ja“:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Art der Leistung - Zeiten des Leistungsbezuges (Tag, Monat, Jahr) - Sozialleistungsträger oder Dienststelle, Anschrift - Aktenzeichen 	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein כן לא</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>5 האם קבלת לאחר מותו של המבוטח במלאות מן המוסד לבטוח סוציאלי בגרמניה או מרשות רישמית אחרת (כגון: דמי מחלה, עזרה סוצי-אליה, סיוע לקורבנות מלחמה, גמלת סעד, דמי אבטלה או סיוע למובטלים)</p> <p>אם כן, ציין:</p> <ul style="list-style-type: none"> - סוג הגמלה - תקופת שעבורן שולמה הגמלה (יום, חודש, שנה) - שם המוסד לבטוח סוציאלי וכחובתו - מס' התיק

L Angaben zur Mitgliedschaft des Versicherten in der israelischen Nationalversicherung

י א נתונים על השתייכותו של המבוטח למוסד לבטוח לאומי בישראל

<p>1 In welchen Zeiträumen hatte sich der Versicherte in Israel aufgehalten bzw. seit wann hielt er sich dort ununterbrochen auf?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ununterbrochener Aufenthalt seit (Tag, Monat, Jahr) - (Weitere) Zeiten des Aufenthalts (Tag, Monat, Jahr) 	<p>תאריך / Datum</p> <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> <hr/>											<p>1 באילו תקופות שהה המבוטח בישראל או ממתי הוא שהה בקביעות בישראל?</p> <ul style="list-style-type: none"> - התגורר בדרך קבע החל ב- (יום, חודש, שנה) - תקופות (נוספות) של שהיה (יום, חודש, שנה)

Alle Fragen genau beantworten!
 Zutreffendes ankreuzen !
 Beweismittel beifügen!

על כל השאלות יש להשיב בדיקנות!
 לסמן את המתאים ב-X!
 לצרף הוכחות!

<p>2 Hat der Versicherte Beiträge zur israelischen Nationalversicherung (Bituach Leumi) gezahlt?</p> <p>Falls „ja“: Für welche Zeiträume? (Tag, Monat, Jahr)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא</p>	<p>2 האם המבוטח שלם דמי בטוח למוסד לבטוח הלאומי ?</p> <p>אם כן, ציין : - עבור אילו תקופות ? (יום, חודש, שנה)</p>
<p>3 War der Versicherte in israelischen bergbaulichen Betrieben unter Tage beschäftigt?</p> <p>Falls „ja“, Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא</p>	<p>3 האם המבוטח היה מועסק כמכרה ישראלי מתחת לפני האדמה ?</p> <p>אם כן, נא לצרף אשור המעביד.</p>

M Angaben zur Erwerbsminderung des Rentenantragstellers (Witwe, Witwer, früherer Ehegatte)

יב נתונים לגבי הפחתת כושר העבודה של מביש התביעה (אלמנה, אלמן, בן/בת זוג קודם)

Abschnitt M ist nur auszufüllen, wenn die Witwe, der Witwer bzw. der frühere Ehegatte das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und sich für berufsunfähig oder erwerbsunfähig hält.

לשאלות בפרק יב יש להשיב רק אם לאלמנה, אלמן או לבן/בת זוג קודם שרם מלאו 45 שנים והחובע רואה את עצמו כבלתי כשיר לעבוד במקצוע או להשתכר.

<p>1 Beschreiben Sie kurz die Leiden, die sich auf Ihre Erwerbsfähigkeit mindernd auswirken.</p> <p>Seit wann bestehen diese Leiden? (Tag, Monat, Jahr)</p>	<p>Datum / תאריך</p> <p>_____</p>	<p>1 תאר בקצרה את המחלות הגורמות להפחתת כושר העבודה שלך.</p> <p>החל מתי הנך סובל ממחלות אלה ? (יום, חודש, שנה)</p>
<p>2 Liegt Arbeitsunfähigkeit infolge einer Krankheit vor?</p> <p>Falls „ja“: Beginn der Arbeitsunfähigkeit (Tag, Monat, Jahr)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא</p> <p>Datum / תאריך</p> <p>_____</p>	<p>2 האם קיים אי כושר לעבוד עקב מחלה ?</p> <p>אם כן, ציין: מתי התחיל אי הכושר (יום, חודש, שנה)</p>
<p>3 Können Sie noch irgendwelche Arbeiten verrichten?</p> <p>Falls „ja“: - Welche Arbeiten? - In welchem Umfang (Tage in der Woche, Stunden am Tag)?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא</p>	<p>3 האם הנך עדיין מסוגל לבצע עבודה כלשהי ?</p> <p>אם כן, ציין: - איזו עבודה ? - באיזה היקף ? (ימים בשבוע, שעות ביום)</p>
<p>4 Angaben zur Beschäftigung (auch in Israel)</p> <p>Name und Anschrift des letzten Arbeitgebers</p> <p>Arbeitszeit (Tage in der Woche, Stunden am Tag)</p> <p>Wurde diese Beschäftigung beendet?</p> <p>Falls „ja“: - Datum der Beendigung (Tag, Monat, Jahr) - Grund für die Beendigung</p>	<p><input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא</p> <p>Datum / תאריך</p> <p>_____</p>	<p>4 פרטים על התעסוקה (גם בישראל)</p> <p>שם וכתובת של המעביד האחרון</p> <p>שעות העבודה (ימים בשבוע, שעות ביום)</p> <p>האם הופסקה תעסוקה זו ?</p> <p>אם כן, ציין: - תאריך ההפסקה (יום, חודש, שנה) - סיבת ההפסקה</p>

Alle Fragen genau beantworten!
Zutreffendes ankreuzen [X]!
Beweismittel beifügen!

על כל השאלות יש להשיב בדיקנות!
לטמן את המתאים ב-X!
לצרף הוכחות!

<p>5 Üben Sie – auch in Israel – eine selbständige Tätigkeit aus?</p> <p>Falls „ja“:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Welche selbständige Tätigkeit üben Sie aus? - In welchem Umfang (Tage in der Woche, Stunden am Tag)? <p>Falls „nein“:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Datum der Beendigung der selbständigen Tätigkeit (Tag, Monat, Jahr) 	<p><input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא</p> <hr/> <hr/> <p>Datum / תאריך</p> <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<p>5 האם הנך עובד כעצמאי ? (גם בישראל)</p> <p>אם כן, ציין:</p> <ul style="list-style-type: none"> - באיזו עבודה עצמאית הנך עובד ? - באיזה היקף ? (ימים בשבוע, שעות ביום) - לא, ציין: - תאריך הפסקת העבודה כעצמאי (יום, חודש, שנה)
<p>6 Angaben zur ärztlichen Behandlung</p> <p>Wurden Sie in der letzten Zeit ärztlich behandelt?</p> <p>Falls „ja“:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wegen welcher Leiden? - Beginn und Ende der Behandlung (Tag, Monat, Jahr) - Name und Anschrift der Ärzte <p>Haben Sie sich in den letzten drei Jahren in Krankenhäusern stationär behandeln lassen?</p> <p>Falls „ja“:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wegen welcher Leiden? - Beginn und Ende der Behandlung (Tag, Monat, Jahr) - Name und Anschrift der Krankenhäuser 	<p><input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא</p> <hr/> <hr/> <p><input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא</p> <hr/> <hr/>	<p>6 נחונים על טפול רפואי</p> <p>האם היית בזמן האחרון בטפול רפואי ?</p> <p>אם כן, ציין:</p> <ul style="list-style-type: none"> - בגלל אלו מחלות ? - החלה וסיום הטפול (יום, חודש, שנה) - שם וכתובת הרופא(ים) <p>האם היית במשך 3 השנים האחרונות מאושפז בבית חולים ?</p> <p>אם כן, ציין:</p> <ul style="list-style-type: none"> - בגלל אלו מחלות ? - החלה וסיום האישפוז (יום, חודש, שנה) - שם וכתובת בית(ים) החולים 										
<p>7 Ist Ihre Erwerbsminderung ganz oder teilweise durch andere Personen, einen Unfall oder eine Berufskrankheit verursacht worden?</p> <p>Falls „ja“:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anschrift des Schädigers - Sind Schadenersatzansprüche geltend gemacht worden (z. B. bei privaten Versicherungsgesellschaften)? <p>Falls „ja“:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bei welcher Stelle? - Aktenzeichen 	<p><input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא</p> <hr/>	<p>7 האם הופחת כושר העבודה שלך כולו או בחלקו ע"י אדם אחר, ע"י תאונה או מחלה שהיא תוצאה ממקצוע מסוים ?</p> <p>אם כן, ציין:</p> <ul style="list-style-type: none"> - כתובת גורם הנזק - האם נחבצו חביעות נדיקין (כגון מתברור בסוף פרטיים) ? - אם כן, ציין: - מאיזו רשות - מס' התיק 										

Alle Fragen genau beantworten!
 Zutreffendes ankreuzen !
 Beweismittel beifügen!

על כל השאלות יש להשיב בדיקנות!
 לסמן את המתאים ב-X!
 לצרף הוכחות!

N Angaben der Witwe, des Witwers bzw. des früheren Ehegatten über eigenes Einkommen

יג נתונים על ההכנסה של האלמנה, האלמן, בן/בת הזוג הקודם

<p>1 Beziehen Sie vom Monat des Todes des Versicherten an</p> <p>- Erwerbseinkommen aus einer</p> <p>- abhängigen Beschäftigung</p> <p>- selbständigen Tätigkeit</p> <p>- dem Erwerbseinkommen vergleichbare Leistungen (z. B. Abfindung des Arbeitgebers infolge Entlassung)?</p> <p>Falls „ja“: Welche Art von Leistung?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>	<p>1 האם יש לך הכנסה החל מחודש פטירתו של המבוטח:</p> <p>- מעבודה שכירה</p> <p>- מעבודה עצמאית</p> <p>- או הכנסה מתגמולים מחליפי שכר? (כגון פיצויי פיטורין של המעביד)</p> <p>אם כן, ציין:</p> <p>איזה סוג תגמולים?</p>
<p>2 Haben Sie beantragt oder beziehen Sie</p> <p>- eine Rente wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit bzw. Invalidität oder eine Rente wegen Alters aus der</p> <p>- deutschen gesetzlichen Rentenversicherung?</p> <p>- israelischen Rentenversicherung?</p> <p>- Rentenversicherung eines anderen ausländischen Staates?</p> <p>- anderes eigenes Erwerbssatzeinkommen aus öffentlich-rechtlichen deutschen oder ausländischen Systemen (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld, Unfallrente, Beamtenpension)?</p> <p>Falls „ja“: Art der Leistung</p> <p>Zahlende Stelle</p> <p>Aktenzeichen</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>	<p>2 האם תכעת או האם הנך מקבל</p> <p>- קצבה כגין אי כושר לעבוד במקצוע או להשתכר, או קצבת נכות, או קצבת זקנה</p> <p>- מבטוח הקצבאות הגרמני?</p> <p>- מן הבטוח הלאומי הישראלי?</p> <p>- מבטוח הקצבאות של מדינה אחרת?</p> <p>- הכנסה נוספת ממוסדות צבור גרמניים או ממדינה אחרת (כגון דמי מחלה, דמי אבטלה, קצבת תאונה, פנסיה של פקידים)?</p> <p>אם כן, ציין:</p> <p>סוג הגמלה</p> <p>המוסד המשלם</p> <p>מס' החיק</p>

Alle Fragen genau beantworten!
Zutreffendes ankreuzen !
Beweismittel beifügen!

על כל השאלות יש להשיב בדיקנות!
לסמן את המתאים ב-X!
לצרף הוכחות!

O Waisenrente

Waisen, für die Waisenrente beantragt wird

Hinweis: Für jede volljährige Waise ist ein Formblatt D/I 2 auszufüllen

יד קצבת יתומים

יתומים שעבורם נחנעת קצבת יתומים

הערה: עבור כל יתום בוגר יש למלא טופס I/ד 2

1 Angaben zu den Waisen				1 נתונים לגבי היתומים			
Lfd. Nr.	Vorname der Waise	Name	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)	Kindschaftsverhältnis zum Versicherten	bei Waisen über 18 Jahren Angaben über		
					- Schulausbildung		
					- Fachschulausbildung		
					- Hochschulausbildung		
					- Fachhochschulausbildung		
					- Berufsausbildung		
					- freiwilliges soziales Jahr		
					- Behinderung		
					עבור יתומים מעל גיל 18 פרטים על		
					- לימודי בית ספר		
					- לימודי בית ספר מקצועי		
					- לימודי בית ספר גבוה		
					- לימודי בי"ס מקצועי גבוה		
					- לימודי מקצוע		
					- שנה החנדבוח		
					- נכות		
1							
2							
3							
4							
5							
2	Staatsangehörigkeiten der Waisen:			2 אזרחות היתומים			
	Waise 1			יתום ראשון			
	Waise 2			יתום שני			
	Waise 3			יתום שלישי			
	Waise 4			יתום רביעי			
	Waise 5			יתום חמישי			
	Nachweise beifügen			נא לצרף הוכחות			
3	Hat eine Waise oder eine andere Person für eine Waise folgende Leistungen beantragt oder werden solche Leistungen bezogen?			3 האם תבע יתום, או תבע אדם אחר בעבור היתום, אחת מן הגמלות הבאות או האם משתלמות בגמלות כאלה?			
	- Waisengeld aus einer deutschen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung einer Berufsgruppe oder nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen?			- דמי מחיה ליתומים ממוסד גרמני לבטוח או ממוסד סעד של איגוד מקצועי או ע"פ הוראות של תקנון פקידי הממשלה?			
	Falls „ja“:			אם כן, ציין:			
	- Art der Leistung			- סוג הגמלה			
	- Zahlende Stelle			- המוסד המשלם			
	- Aktenzeichen			- מס' החיק			
	- Für welche Waise(n) wird diese Leistung gezahlt (lfd. Nr. der Waise(n) angeben)?			- עבור אלו יתומים משתלמת הגמלה? (לציין את המספר הסידורי של היתום)			

Alle Fragen genau beantworten!
 Zutreffendes ankreuzen !
 Beweismittel beifügen!

על כל השאלות יש להשיב בדיוקנות!
 לסמן את המחאים כ-א!
 לצרף הוכחות!

<p>- Rente aus eigener Versicherung oder Waisenrente aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung oder Waisenrente aus einer deutschen oder ausländischen Unfallversicherung?</p> <p>Falls „ja“:</p> <p>- Art der Leistung</p> <p>- Zahlende Stelle</p> <p>- Aktenzeichen</p> <p>- Für welche Waise(n) wird diese Leistung gezahlt (Ifd. Nr. der Waise(n) angeben)?</p> <p>- andere Leistungen von einem deutschen oder ausländischen Sozialleistungsträger oder einer anderen öffentlichen Stelle (z. B. Sozialhilfe)?</p> <p>Falls „ja“:</p> <p>- Art der Leistung</p> <p>- Zahlende Stelle</p> <p>- Aktenzeichen</p> <p>- Für welche Waise(n) wird diese Leistung gezahlt (Ifd. Nr. der Waise(n) angeben)?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>- קצבה מבטוחו של היתום או קצבה יתומים מבטוח הקצבאות הגרמני או קצבה יתומים מבטוח האונות גרמני או של מדינה אחרת?</p> <p>אם כן, ציין : - סוג הגמלה</p> <p>- המוסד המשלם</p> <p>- מס' התיק</p> <p>- עבור איזה יתום משולמת הגמלה? (לציין את המספר הסידורי של היתום)</p> <p>- במלאות אחרות ממוסד סוציאלי גרמני או של מדינה אחרת, או ממוסד ציבורי אחר? (כגון סיוע ממוסד סוציאלי)</p> <p>אם כן, ציין : - סוג הגמלה</p> <p>- המוסד המשלם</p> <p>- מס' התיק</p> <p>- עבור אלו יתומים משתלמת הגמלה? (לציין את המספר הסידורי של היתום)</p>
<p>4 Bezieht oder bezog eine über 18 Jahre alte Waise eigenes Einkommen?</p> <p>Falls „ja“:</p> <p>- Art des Einkommens</p> <p>- Höhe des Einkommens (monatlich)</p> <p>- welche Waise(n) (Ifd. Nr. der Waise(n) angeben)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>4 האם ליתום שהוא מעל גיל 18 יש או היחה הכנסה משלו?</p> <p>אם כן, ציין : - סוג ההכנסה</p> <p>- גובה ההכנסה (תודשיית)</p> <p>- לאלו יתומים (לציין את המספר הסידורי)</p>
<p>5 Angaben über den Antragsteller</p> <p>Der Antragsteller ist</p> <p>- gesetzlicher Vertreter der minderjährigen Waise</p> <p>- Bevollmächtigter der volljährigen Waise (Vollmacht beifügen)</p> <p>- Vormund oder Pfleger (Betreuer) der Waise</p> <p>Falls zutreffend, Ifd. Nr. der Waise angeben (Bestallungsurkunde beifügen)</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <hr/>	<p>5 פרטים על החובע</p> <p>החובע הינו</p> <p>- בא כוחו החוקי של היתום הקטין</p> <p>- מיופה כחו של היתום הבוגר (נא לצרף יפוי כח)</p> <p>- האפוטרופוס או המספל של היתום</p> <p>אם כן, נא לציין את המספר הסידורי של היתום (לצרף כתב מנוי)</p>

P Erklärung der Antragstellerin /des Antragstellers

ט ר הצהרת התובעת או התובע

Ich **versichere**, daß ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, daß wissentlich falsche Angaben - auch über meine Einkommensverhältnisse - zu strafrechtlichen Maßnahmen führen können.

Ich verpflichte mich, den zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger unverzüglich

zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenantrags bis zum Erhalt des Rentenbescheides

- sich eine Änderung in der Höhe meines Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens oder sonstigen Einkommens (vgl. Abschnitt N) ergibt oder wenn erstmalig solche Einkünfte erzielt werden,
- eine Leistung nach **Abschnitt K Nr. 4 oder 5 bzw. Abschnitt O Nr. 3** dieses Antrags gezahlt oder beantragt wird,
- sich meine Anschrift ändert,
- sich meine Familienverhältnisse ändern,
- Änderungen, die auf den Anspruch auf Waisenrente Einfluß haben (z. B. Tod einer Waise, Ende oder Unterbrechung der Schul- oder Berufsausbildung, Entfallen der Sorge für eine Waise, Entfallen der häuslichen Gemeinschaft) eintreten.

Derartige Änderungen in den Verhältnissen sind auch nach Erteilung des Rentenbescheides unaufgefordert mitzuteilen.

Ich bin damit einverstanden, daß für den Versicherten Versicherungsunterlagen von Stellen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland angefordert werden.

Ich bin damit einverstanden, daß - soweit für die beantragte Leistung erforderlich - alle über mich erstellten ärztlichen Gutachten oder Krankheitsbefunde von dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger eingesehen und verwertet werden können, daß Ärzte, die mich behandelt haben, dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger jede erforderliche Auskunft über meinen Gesundheitszustand geben und daß die israelische Nationalversicherungsanstalt dort vorhandene ärztliche Gutachten und Krankheitsbefunde dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger zur Verwertung zur Verfügung stellt. Das gilt entsprechend, falls eine Waisenrente wegen Behinderung der Waise beantragt wird.

Ich bin damit einverstanden, daß die Akten der zuständigen Entschädigungs- bzw. Vertriebenenbehörde, die mich oder den Versicherten betreffen, angefordert und eingesehen werden können.

אני מצהיר שמסרת את כל הנחונים כשאלון זה לפי מיטב ידיעתי. ידוע לי כי אני עלול לעמוד בדין פלילי עבור מסירת נחונים כוזבים - גם בקשר להכנסות שלי - ביודעתי.

הנני מחייב להודיע ללא דחוי למבטח הגרמני המוסמך החייב בגמלה

אם, במועד שבין הגשת תביעה זו לבין קבלת ההחלטה

- יהיה שינוי כלשהו בגובה שכר העבודה שלי, בהכנסה מעבודתי, או בכל הכנסה אחרת (השורה פרק י'ב), או אם תהיינה הכנסות כאלה בעתיד,
- תשולם או תחבץ גמלה לפי פרק י' מס' 4 או 5, או פרק י'ד' מס' 3 של חביעה זו,
- יחול שינוי בכחובתי,
- ישונה מצבי המשפחתי
- יחולו שינויים המשפיעים על הזכאות לקבלת קצבה יחומים (כגון פטירת אחד היחומים, סיום או הפסקת לימודי בית ספר או מקצוע, סיום תקופת האחריות על היחום, סיום מגורים משותפים).

יש להודיע על שינויים כאלה ללא דרישה מפורשת גם אחרי אישור הקצבה הגרמנית.

הריני נותן בזאת את הסכמתי לכך שידרשו מסמכי בטוח של המבוטח מרשויות מחוץ לרפובליקה הפדרלית גרמניה.

הריני נותן בזאת את הסכמתי לכך כי - עד כמה שהדבר דרוש לגבי הגמלה הנחכעת - המבטח המוסמך הגרמני יעיין וישתמש בכל התעודות הרפואיות וסיכומי המחלה שלי, וכן שרופאים שטפלו בי ימסרו למבטח הגרמני המוסמך כל מידע הדרוש על מצב בריאותי, וכן שהמוסד לבטוח לאומי הישראלי יעמיד לרשות המבטח הגרמני המוסמך תעודות רפואיות וסיכומי מחלה הנמצאים ברשותו לשם שמוש בהם. כל האמור לעיל חף גם במקרה של תביעה לקצבת יחומים בגין נכות.

הנני מסכים שידרשו ויעיינו בחיקים של הרשויות לפיצויים או רשויות למגורשים הנוגעות בדבר לגבי או לגבי המבוטח.

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

חתימת התובעת/התובע

Ort		מקום
Datum		תאריך
Unterschrift		חתימה

Alle Fragen genau beantworten!
Zutreffendes ankreuzen !
Beweismittel beifügen!

על כל השאלות יש להשיב בדיקנות!
לסמן את המתאים כ-א,!
לצרף הוכחות!

**Bestätigung durch die Nationalversicherungsanstalt
bei Aufenthalt in Israel**

**אישור המוסד לבטוח לאומי במקרה של
שהייה בישראל**

Es wird hiermit bestätigt, daß für (Name, Vorname der Antragstellerin/des Antragstellers) am (Datum) der Rentenantrag gestellt wurde		הננו מאשרים בזה כי עבור (שם פרטי ושם משפחה של החובעת/החובע) הוגשה בחאריך חביעה לקצבה
Unterschrift des Beamten der Nationalversicherungsanstalt		חתימת פקיד המוסד לבטוח לאומי
Ort, Datum		מקום, תאריך
Dienststempel		חותמת המשרד

Bestätigung durch die Verbindungsstelle / den zuständigen Träger

אישור לשכת הקשר/המבטח המוסמך

Die Angaben zur Person des hinterbliebenen (früheren) Ehegatten und der Waisen wurden aufgrund vorgelegter Urkunden geprüft und werden hiermit bestätigt.	<input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא	הנתונים האישיים של האלמן, האלמנה או בן/בת הזוג הקודם וכן של היחומים נבדקו לפי התעודות המוצגות, ומאומתים בזה.
Die Staatsangehörigkeit wird bestätigt. Nach ausdrücklicher Befragung und Auswertung der vorgelegten Unterlagen besitzt (Namen angeben) die ● israelische Staatsangehörigkeit ● deutsche Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא <input type="checkbox"/> ja כן <input type="checkbox"/> nein לא	מאשרים בזה את האזרחות ע"פ בדיקה המסמכים שהוצגו. המבקש (ציין את השם) הנו בעל ● אזרחות ישראלית ● אזרחות גרמנית
Für folgende Angaben zur Person des Berechtigten bzw. seiner Familienangehörigen sind Urkunden (insbesondere Geburtsurkunden) nicht vorhanden (Name angeben). Zum Nachweis der Angaben sind beigefügt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	לא קיימות תעודות לאשור הנתונים האישיים המפורטים להלן לבני הזכאי ובני משפחתו (לציין את השם) (כפרט תעודות לידה) לאשור הנתונים מצ"ב
Ort, Datum		מקום, תאריך
Unterschrift des Beamten der Verbindungsstelle/des zuständigen Trägers		חתימת פקיד לשכת הקשר / מוסד הבטוח המוסמך
Dienststempel		חותמת המשרד