

# АНКЕТА

Анкета №

**ПОТРЕБНОСТИ:**

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

- Патронажник
- Сотрудник
- Клиент
- Волонтер

## РАЗДЕЛ – ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Фамилия \_\_\_\_\_  
Имя, Отчество \_\_\_\_\_  
Дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 19\_\_ Телефон \_\_\_\_\_ Моб. телефон \_\_\_\_\_  
Паспорт \_\_\_\_\_ Пол М/Ж \_\_\_\_\_

Еврей?(нужное подчеркнуть) Да /Нет / Праведник мира / Член семьи еврея

**Адрес проживания:**

Страна \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_ Район \_\_\_\_\_  
Улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_ этаж \_\_\_\_\_  
 Лифт  Код замка \_\_\_\_\_ Ближайшая станция метро \_\_\_\_\_

**Адрес прописки:**

Страна \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_ Район \_\_\_\_\_  
Улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_ этаж \_\_\_\_\_

Примечания \_\_\_\_\_

## РАЗДЕЛ – РОДСТВЕННИКИ/КВАРТИРА

Родственники, проживающие совместно, и другие контактные лица

Фамилия	Степень родства (код)	Совместное проживание кварт/город	Телефон	Адрес	Контактное лицо	Доход (р.)
		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

**Коды колонки «Степень родства»**

1-родители, 2-супруг/а, 3-сын/дочь, 4-брат/сестра, 5-др. родственники, 6-другое(не родственники), 7-бабушка/дедушка

**Семейное положение:** замужем/женат, вдовец/вдова, разведён/а, никогда не состоял/а в браке, прож. отдельно от супруга, состоит в гражданском браке, мать-одиночка, неполная семья, сирота, находится под опекой

- С кем проживаете:
- 1. Одинокий/ая (нет родственников)
  - 2. Одинокопроживающий/ая (есть родственники)
  - 3. Одинокая семья (нет родственников)
  - 4. Одинокопроживающая семья (есть родственники)
  - 5. Живу в семье
- Образование:
- Н.Среднее
  - Среднее
  - Среднее спец-ное
  - Н.Высшее
  - Высшее
  - Начальное
  - Неграмотный

Специальность (до пенсии): \_\_\_\_\_

- Тип квартиры:
- Отдельная
  - Коммунальная
  - Приватизированная отдельная
  - Приватизированная коммунальная
- Состояние квартиры:
- Хорошее
  - Приемлемое
  - Запущенное
  - Аварийное

Количество лиц, прописанных по адресу прописки \_\_\_\_\_ Количество комнат: \_\_\_\_\_

На кого приватизирована квартира (ФИО): \_\_\_\_\_

Документы по приватизации проверены?

## РАЗДЕЛ – ЗДОРОВЬЕ

Инвалидность:  Группа инвалидности: \_\_\_\_\_ (1,2,3) Документы по инвалидности проверены:

Причина инвалидности:

- 1. Общее заболевание
- 2. ВОВ
- 3. Труда
- 4. Детства
- 5. Военная служба

Слух:  1. Нормальный  
 2. Слабый  
 3. Глухой

Зрение:  1. Нормальное  
 2. Плохое  
 3. Слепой

Пользуетесь очками:   
Левое стекло \_\_\_\_\_  
Правое стекло \_\_\_\_\_

Пользуетесь слуховым аппаратом:

Способны читать:

Способны смотреть телевизор:

**Болезни\*:** (отметить все подходящие варианты)

КБС, стенокардия выше ФКП

Инфаркт миокарда

Недостаточность кровообращения ст. II-III

Нарушения ритма сердца

Цереброваскулярные заболевания

Рассеянный склероз

Болезнь Паркинсона

ХОБЛ, бронхиальная астма

Сахарный диабет I и II типа

Другие эндокринные заболевания (кроме диабета)

Системные болезни соединительной ткани

Урологические и нефрологические болезни

Гиперплазия предстательной железы

Рецидивирующие болезни ЖКТ

Заболевания печени и поджелудочной железы

ГБ высокого риска

Инсульт, постинсультные осложнения

Онкологические заболевания

Заболевания крови

Глаукома

Катаракта

Осложненная венозная недостаточность

Хронические заболевания кожи

Психические заболевания

Заболевания опорно-двигательного аппарата со стойкими функциональными нарушениями

Нарушение памяти: нет нарушений, умеренное, значительное (подчеркнуть)

Примечания по болезням \_\_\_\_\_

(дополнительные диагнозы) \_\_\_\_\_

## РАЗДЕЛ – ПОДВИЖНОСТЬ

Мобильность: Необходимость доставки посылки на дом: да  / нет

Степень подвижности:

1. Ходячий

2. Малоподвижный

3. Лежачий

Передвижение по дому:

1. Самостоятельно

2. С трудом

3. При помощи стула

4. С палкой

5. С ходунком

6. С костылями

7. В инвал. коляске

8. С помощью поручней

## РАЗДЕЛ – ПЕНСИЯ / МАТЕРИАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

Тип пенсии (код) \_\_\_\_\_

Коды типов пенсии: 1-по возрасту, 2-по инвалидности, 3-ветеран ВОВ, 4-для иждивенцев, 5-социальная, 6-частичная, 7-по работе на вредном производстве, 8-ветеран войны в Афганистане, 9-семья погибшего на войне, 10-многодетная мать (больше 5 детей), 11-мать ребенка-инвалида, 12-другое, 13- пенсия по инвалидности ЧАЭС

Размер пенсии \_\_\_\_\_

Документы по пенсии проверены:  да /  нет

Дата проверки \_\_\_\_\_

Размер квартплаты после скидки, включая коммунал. услуги \_\_\_\_\_

Документы по квартплате проверены:  да /  нет

Работаете:  да /  нет

Размер зарплаты: \_\_\_\_\_

Документы по зарплате проверены:  да /  нет

Расходы на отопление: \_\_\_\_\_

Расходы на лекарства: \_\_\_\_\_

## РАЗДЕЛ – ВЕЛИКАЯ ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ВОЙНА

Место проживания на момент начала войны: \_\_\_\_\_

\*Во время войны были (отметить все подходящие варианты):

Место проживания было оккупировано в 1941 г.:  да /  нет

1. Узник концлагеря

2. Узник рабочего лагеря

3. Узник гетто

4. Был в оккупации

5. Был в эвакуации

Участник боевых действий:  да /  нет

Участие в ВОВ (приравнен):  да /  нет

Анкету заполнил/а (ФИО) \_\_\_\_\_

Подпись анкетиремого/ой \_\_\_\_\_

Доверенное лицо: ФИО, номер паспорта \_\_\_\_\_

Дата заполнения \_\_\_\_\_

Подпись интервьюера \_\_\_\_\_

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

### 1. Сведения о субъекте персональных данных

_____	_____	_____
<i>(фамилия)</i>	<i>(имя)</i>	<i>(отчество)</i>
_____	_____	
<i>(основной документ, удостоверяющий личность)</i>	<i>(номер указанного документа)</i>	
_____	_____	
<i>(дата выдачи указанного документа)</i>	<i>(сведения об органе, выдавшем указанный документ)</i>	
зарегистрированный(-ая) по адресу: _____		
<i>(адрес)</i>		

### 2. Сведения о законном представителе (опекуне) субъекта персональных данных (ПРИ НАЛИЧИИ)

_____	_____	_____
<i>(фамилия)</i>	<i>(имя)</i>	<i>(отчество)</i>
_____	_____	
<i>(основной документ, удостоверяющий личность)</i>	<i>(номер указанного документа)</i>	
_____	_____	
<i>(дата выдачи указанного документа)</i>	<i>(сведения об органе, выдавшем указанный документ)</i>	
зарегистрированный(-ая) по адресу: _____		
<i>(адрес)</i>		
действующий(-ая) в качестве: _____		
<i>(реквизиты доверенности <sup>1</sup> / законный представитель <sup>2</sup>)</i>		

### 3. Сведения об операторе

Региональный благотворительный общественный фонд поддержки традиций еврейской культуры «Шаарей Цедек» города Москвы, адрес: 127055 Москва, ул. Образцова, д.11, стр.2.

### 4. Цель обработки персональных данных

Участие субъекта персональных данных в реализации некоммерческих программ.

### 5. Перечень персональных данных

Фамилия, имя, отчество, псевдоним (настоящие и, при наличии, прежние), дата и место рождения, пол, возраст, адрес места жительства (настоящий и, при наличии, прежние), гражданства (настоящие и, при наличии, прежние), семейное положение, национальная принадлежность, религиозные убеждения, философские убеждения, сведения о принадлежности к евреям по происхождению и (или) вероисповеданию, сведения об образовании, контактная информация (номера домашнего и мобильного телефонов, факса, адрес электронной почты и др.); сведения, содержащиеся в документах, удостоверяющих личность, информация об эмиграции и (или) иммиграции, иные биографические сведения; информация о преследованиях, включая места и даты (пребывание в концентрационных лагерях, гетто, скрытом проживании, нелегальном проживании, проживании в условиях, приравненных к условиям тюрьмы, принудительном или рабском труде, побеге, ограничении свободы, включая комендантский час, обязательную регистрацию в указанном месте, обязанность носить звезду Давида и иные подобные ограничения); информация о компенсациях, пенсиях и других выплатах, в том числе компенсациях, пенсиях и других выплатах за пережитые во время Холокоста преследования, информация об участии в благотворительных (некоммерческих) программах и проектах; реквизиты банковских счетов для целей выплаты компенсации; информация об имущественном и финансовом положении, имуществе, размере заработной платы, пенсий, пособий и иных доходов; информация о состоянии здоровья, медицинской истории, а также изображения; изображения, полученные в

<sup>1</sup> При представительстве по доверенности укажите «Представитель по доверенности № [номер доверенности при наличии] от [дата выдачи]».

<sup>2</sup> При законном представительстве укажите «Законный представитель – [статус законного представителя, например, «мать»].».

результате фотосъемки и/или видеосъемки, а также содержание звукозаписей с моим участием, осуществляемых для подготовки материалов (интервью) с моим участием в целях реализации некоммерческих программ.

#### 6. Третьи лица, участвующие в обработке персональных данных

Согласие распространяется на передачу персональных данных следующим третьим лицам и обработку ими персональных данных на условиях настоящего согласия:

*Обработка по поручению* Региональный благотворительный общественный фонд поддержки традиций еврейской культуры «Шаарей Цедек» города Москвы *на территории России:*

- Для контроля исполнения обязательств Региональный благотворительный общественный фонд поддержки традиций еврейской культуры «Шаарей Цедек» города Москвы при реализации некоммерческих программ – *Благотворительный фонд «Распределительный комитет «Джойнт»*, адрес: ул. Шухова, д. 14, п/я 18, 115162, г. Москва.
- Для хранения и безопасной обработки моих персональных данных – *ООО «Научно-Исследовательский Центр «Системы управления»*, адрес: ул. Балтийская, 78 а, оф. 1, 656067, г. Барнаул.
- Другие третьи лица (при наличии), указанные в Приложении 1 к согласию. Приложение 1 является неотъемлемой частью согласия, должно быть скреплено с ним, и действительно при наличии подписи субъекта персональных данных.

*Трансграничная передача независимым операторам персональных данных:*

- Для контроля реализации некоммерческих программ и отчетности – *Некоммерческая организация «Джей Ди Си Интернэшнл»*, адрес: ул. Каплан, д. 9, г. Иерусалим, 9103401, Израиль.
- Для проверки моего соответствия требованиям некоммерческих программ – *Некоммерческая организация «Конференция по материальным претензиям евреев к Германии» («Клеймс Конференс»)*, адрес: п/я 20064, г. Тель Авив, 6120001, Израиль.

#### 7. Перечень действий с персональными данными

Обработка персональных данных в автоматизированной, неавтоматизированной и смешанной формах, включая их сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение.

#### 8. Срок действия согласия и способ его отзыва

Согласие действительно в течение срока получения помощи в рамках некоммерческих программ и в течение 7 лет после окончания получения такой помощи.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и распространяется на отношения, фактически возникшие до его подписания. Согласие может быть отозвано в любое время на основании моего письменного заявления, направленного по адресу: 127055 Москва, ул. Образцова, д.11, стр.2. Заявление об отзыве согласия должно содержать номер основного документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных, сведения о дате его выдачи и выдавшем органе; собственноручную подпись субъекта персональных данных.

При отзыве согласия мое участие в некоммерческих программах будет ограничено. При этом Региональный благотворительный общественный фонд поддержки традиций еврейской культуры «Шаарей Цедек» города будет вправе продолжить обработку моих персональных данных в той части, в которой это необходимо для соблюдения требований законодательства и договоров с лицами, указанными в п. 6 согласия.

#### 9. Подпись субъекта персональных данных

НАСТОЯЩИМ ПОДТВЕРЖДАЮ свое согласие на обработку персональных данных на указанных выше условиях. Согласие предоставляется мной свободно, своей волей и в своем интересе. Текст согласия мною прочитан, и я признаю своё согласие конкретным, предметным, информированным, сознательным и однозначным. Предоставляемые мной персональные данные являются актуальными, полными и достоверными.

Я знакомлен(-а) с условиями некоммерческих программ и понимаю, что их реализация предполагает, как получение мной помощи, так и использование моих персональных данных в предварительной деятельности (организация привлечения средств) и отчетной документации.

**Согласие подписано:**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (личная подпись)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

**ПРИЛОЖЕНИЕ 1**  
**К СОГЛАСИЮ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

**Третьи лица, участвующие в обработке персональных данных, помимо лиц, указанных в форме согласия на обработку персональных данных**

Согласие на обработку персональных данных (далее – «Согласие») распространяется на передачу персональных данных следующим третьим лицам и обработку таких данных указанными третьими лицами на условиях предоставленного Согласия в целях участия субъекта персональных данных в реализации некоммерческих программ:

*На территории Российской Федерации:*

- РОЕБФ 'Рука Помощи' Адрес: 105318 Москва, ул. Щербаковская 5А
- ОМКПО 'Хама' Адрес: 125212 Москва, Ленинградское ш. 52а
- РБОО «ХЕСЕД-ХАМА» 127015, г. Москва, ул. Бутырская, д. 9, корп. 1
- Благотворительный фонд 'Надежда' Адрес: 123308 Москва, Новохорошевский проезд 18
- РОО 'Этель' Адрес: 109044 Москва, ул. Динамовская, д. 8
- Региональный благотворительный общественный фонд поддержки традиций еврейской культуры 'Шаарей Цедек' города Москвы Адрес: 127055 Москва, ул. Образцова 11, стр.2

Настоящее Приложение 1 к Согласию составляет его неотъемлемую часть, должно быть скреплено с ним, и действительно при наличии подписи субъекта персональных данных.

**Приложение подписано:**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_

(личная подпись)

\_\_\_\_\_

(инициалы, фамилия)

## Форма: Социальные услуги, оказываемые клиенту государством

<b>Ф.И.О. КЛИЕНТА:</b>	<b>Идентификационный номер</b>	<b>ССID</b>		
<b>Название Хеседа: РБОПФТЕК "Шаарей Цедек"</b>				
<b>УСЛУГА</b>	<b>Есть ли у Вас право на получение этой услуги? (Да\нет)</b>	<b>Получаете ли Вы эту услугу от государства? (Да\нет)</b>	<b>Удовлетворяет ли эта услуга Ваши потребности? (Да\Нет)</b>	<b>Если Вы получаете эту услугу, уточните, что именно Вы получаете; Если Вы имеете право на получение этой услуги, но не получаете ее, укажите, по какой причине; Другие комментарии</b>
Уход на дому	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	
Продовольственная помощь	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	
Лекарства	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	
Зимняя помощь	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	
Медицинские услуги	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	
Мелкий ремонт дома	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	
Мелкий бытовой ремонт	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	
Другое, укажите				
<b>Заявление клиента: я подтверждаю, что сведения, которые я представил в этой форме являются правильными и достоверными. В случае любых изменений я обязуюсь уведомить Хесед и заполнить новую форму.</b>				
<b>ФИО клиента</b>	<b>Подпись клиента:</b>	<b>Дата:</b>		
<b>Имя сотрудника (сотрудника)</b>	<b>Подпись сотрудника</b>	<b>Дата:</b>		

# Бланк установления права жертвы нацистских преследований на получение услуг на дому от Клеймс Конференс

Название организации **РБОФПТЕК «Шаарей Цедек»**

Полное имя и фамилия клиента \_\_\_\_\_

Идентификационный № клиента: \_\_\_\_\_ (если был уже предоставлен «Клеймс Конференс»)

Организация отвечает за установление личности новых клиентов на основании удостоверений личности, выданных государственными учреждениями и имеющими фотографию. Копия (ксерокопия или фотография) этого удостоверения должна храниться вместе с данным бланком в личном деле клиента. Если сделать копию удостоверения личности не представляется возможным, то следует проконсультироваться с сотрудником, ответственным за программу (Program Officer). Все новые клиенты должны подписать данный бланк.

**1.** Перед внесением информации клиента в систему «Даймонд», следует определить статус клиента как еврея, пострадавшего от нацизма, согласно критериям, установленным правительством Германии, и описанным в конце этого письма, в связи с чем организация должна провести должную проверку истории преследования клиента во время войны и хранить соответствующие документы вместе с данным бланком в личном деле клиента. Проверка должна включать в себя сведения о получении клиентом средств от любой из перечисленных ниже программ компенсаций (отметьте все программы, которые предоставили компенсацию клиенту, и приложите соответствующие документы к настоящему бланку в личном деле клиента).

- |  |                |   |                |
|--|----------------|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> «Статья 2»        | Запрос № _____ | <input type="checkbox"/> Фонд Центр. и Вост. Европы | Запрос № _____ |
| <input type="checkbox"/> Хардшип Фонд      | Запрос № _____ | <input type="checkbox"/> Фонд принудительного труда | Запрос № _____ |
| <input type="checkbox"/> Будапештский фонд | Запрос № _____ | <input type="checkbox"/> BEG                        | Запрос № _____ |
| <input type="checkbox"/> HVCF              | Запрос № _____ | <input type="checkbox"/> Израильское министерство   | Запрос № _____ |

Если известно, что была получена компенсация от одной из указанных выше программ, однако номер дела не известен, то организация может продолжить внесение данных клиента без указания номера в систему «Даймонд» для последующей проверки Клеймс Конференс.

Если клиент ранее не обращался за индивидуальной компенсацией, но организация, на основании проведенной ею должной проверки, полагает, что он пострадал от нацизма как еврей, то организация может ввести данные клиента в систему «Даймонд» для последующей проверки Клеймс Конференс. Клиент должен заполнить унифицированную анкету и немедленно выслать её в Клеймс Конференс (дальнейшая информация по адресу <http://www.claimscon.org/what-we-do/compensation/apply-for-compensation/>). Информация, указанная в анкете, необходима Клеймс Конференс для изучения истории клиента во время войны. Если клиент не хочет, чтобы его анкета была передана в Германию для получения компенсации, то это нужно указать в верхней части анкеты.

Если клиент и/или организация не уверены, обращался ли клиент ранее за компенсацией, но организация, на основании проведенной ею должной проверки, полагает, что клиент пострадал от нацизма как еврей, то организация может ввести данные клиента в систему «Даймонд» для дальнейшей проверки и ожидать сообщения об уточнении статуса клиента в автоматической системе электронной почты «Даймонд». Клиент не получит данную информацию. Организация отвечает за оказание клиенту помощи в осуществлении последующих действий, которые будут перечислены в автоматическом электронном письме.

Во всех случаях организация должна хранить документы, касающиеся проведенной проверки, вместе с данным бланком в личном деле клиента. Данная проверка должна включать название любой компенсации, которую, по мнению организации, получил клиент, дату и место его рождения, и описание истории преследования клиента во время войны, так как эти данные непосредственно касаются определения статуса клиента как еврея, пострадавшего от нацистских преследований, в соответствии с критериями, установленными правительством Германии.

**ДЕКЛАРАЦИЯ КЛИЕНТА:** Настоящим я заявляю, что информация, которую я предоставил Представительству Американского Объединенного Еврейского Распределительного Комитета, Инк. и Клеймс Конференс в отношении моих личных данных и биографии, является правдивой и верной. В случае если Клеймс Конференс установит в соответствии со своими правилами и процедурами, что я не соответствую статусу еврея, пострадавшего от нацистского преследования, установленному правительством Германии, я верну организации социальной помощи, в случае ее требования, стоимость услуг социальной помощи, которая была предоставлена мне данной организацией на средства Клеймс Конференс.

Подпись клиента: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

***Оценка права на получение помощи проводилась:***

ФИО производившего определение лица: \_\_\_\_\_

Должность: \_\_\_\_\_

Подпись производившего определение лица: \_\_\_\_\_

Проверено (кем, ФИО): \_\_\_\_\_ Должность: \_\_\_\_\_

Подпись лица, производившего проверку: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

*Неспособность подтвердить статус жертвы нацизма лишит клиента возможности получать услуги, финансируемые «Клеймс Конференс», независимо от категории функционирования.*



**ДЕКЛАРАЦИЯ О МЕСТОНАХОЖДЕНИИ  
ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ  
ДЛЯ КЛЕЙМС КОНФЕРЕНС**

ФИО \_\_\_\_\_ Предыдущие ФИО \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Место рождения \_\_\_\_\_

Место проживания на момент начала войны \_\_\_\_\_ Областной центр \_\_\_\_\_

Был/а в эвакуации **Да / Нет** Месяц/год эвакуации \_\_\_\_/\_\_\_\_  
(для родившихся в эвакуации месяц и год эвакуации)

Узник концлагеря **Да / Нет** Период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Узник рабочего лагеря **Да / Нет** Период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Узник гетто **Да / Нет** Период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Был/а в оккупации **Да / Нет** Период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Житель блокадного Ленинграда **Да / Нет** Период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Место проживания в 1941 году было оккупировано в течение войны **Да / Нет** \_\_\_\_\_

*Пожалуйста, изложите кратко Вашу личную историю в период Великой Отечественной войны (где Вы находились на момент начала войны, где Вы были в течение войны, где находились члены Вашей семьи). При необходимости Вы можете продолжить писать на обороте листа.*

Настоящим я подтверждаю свое согласие на предоставление моих персональных данных организации именуемой "Конференция по материальным претензиям евреев к Германии" (Клеймс Конференс), включая мою медицинскую историю, мои биографические данные, относящиеся к периоду Второй Мировой Войны и сопровождавших её нацистских преследований, а также информацию о моем участии в благотворительных/некоммерческих программах и проектах, осуществляемых организацией "РБОФПТ ЕК "Шаарей Цедек". Я согласен/согласна и с тем, что организация Клеймс Конференс ознакомит с этой информацией третьи лица - доноров и благотворителей, участвующих в финансировании деятельности Клеймс Конференс - при условии, что эти третьи лица предпримут все меры для обеспечения безопасности и неразглашения полученной информации.

С целью удостоверения в моем соответствии критериям, установленным Клеймс Конференс для участия в благотворительных программах для жертв нацизма, осуществляемых организацией "РБОФПТ ЕК "Шаарей Цедек" на средства, предоставляемые Клеймс Конференс, я уполномочиваю организацию Клеймс Конференс или назначенных ею представителей знакомиться с архивными материалами, касающимися моей персоны, хранящимися в архивах, судах или в распоряжении государственных органов на территории Германии, бывшего Советского Союза или иных стран.

Настоящее согласие дается мною на неопределенный срок, который может быть мною прекращен путем подачи соответствующего письменного заявления в организацию "РБОФПТ ЕК "Шаарей Цедек".

Дата \_\_\_\_\_ Подпись подопечного \_\_\_\_\_ Подпись куратора \_\_\_\_\_

## АНКЕТА ОБ УЧАСТИИ В ВОВ

Анкета №

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

1. НАХОДИЛИСЬ ЛИ ВЫ В НАЦИСТСКОМ КОНЦЕНТРАЦИОННОМ ЛАГЕРЕ?

да

нет

2. НАХОДИЛИСЬ ЛИ ВЫ В НАЦИСТСКОМ РАБОЧЕМ ЛАГЕРЕ?

да

нет

3. НАХОДИЛИСЬ ЛИ ВЫ В ГЕТТО?

да

нет

4. НАХОДИЛИСЬ ЛИ ВЫ НА ОККУПИРОВАННОЙ НАЦИСТСКОЙ ГЕРМАНИЕЙ ИЛИ ЕЁ СОЮЗНИКАМИ ТЕРРИТОРИИ?

да

нет

5. НАХОДИЛИСЬ ЛИ ВЫ В ЭВАКУАЦИИ?

да

нет

6. БЫЛ ЛИ ОККУПИРОВАН ВО ВРЕМЯ ВОЙНЫ НАЦИСТСКОЙ ГЕРМАНИЕЙ ИЛИ ЕЁ СОЮЗНИКАМИ НАСЕЛЁННЫЙ ПУНКТ, ГДЕ ВЫ ЖИЛИ НА МОМЕНТ НАЧАЛА ВОЙНЫ?

да

нет

7. ГДЕ ВЫ ЖИЛИ НА МОМЕНТ НАЧАЛА ВОЙНЫ?

населённый пункт

8. НАХОДИЛИСЬ ЛИ ВЫ В РЯДАХ СОВЕТСКОЙ АРМИИ ВО ВРЕМЯ ВОЙНЫ?

да

нет

9. НАХОДИЛИСЬ ЛИ ВЫ В БЛОКАДНОМ ЛЕНИНГРАДЕ?

да

нет

Подпись подопечного \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_