А Н К Е Т А

ПОТРЕБНОСТИ:
1)_____
2)_____
3)_____
4)_____

Анкета № ☐

Патронажник ☐
Сотрудник ☐
Клиент ☐
Волонтер ☐

РАЗДЕЛ – ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Фамилия _____
Имя, Отчество _____
Дата рождения «___»_____19___ Телефон _____Моб.телефон_____
Паспорт _____ Пол М/Ж Электронная почта_____

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.)
		☐/☐			☐	
		☐/☐			☐	
		☐/☐			☐	

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
☐5Военная 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 ФКII
□ 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:

Степень подвижности: □ 1.Ходячий □ 2.Малоподвижный □ 3.Лежачий

Передвижение по дому: □ 1.Самостоят-но □ 2. С трудом □ 3. При помощи стула □ 4. С палкой □ 5.С ходуном □ 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 ребёнка-инвалида, **12**-другое, **13**- пенсия по инвалидности ЧАЭС

Размер пенсии _____
Документы по пенсии проверены: □ да/ □нет
Дата проверки_____

Размер квартплаты после скидки, включая коммун. 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:_____

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

Участник боевых действий: □ да / □ нет

Участие в ВОВ (приравнен): □ да / □ нет

*Во время войны были (отметить все подходящие варианты):
□ 1. Узник концлагеря
□ 2. Узник рабочего лагеря
□ 3. Узник гетто
□ 4. Был в оккупации
□ 5. Был в эвакуации

Анкету заполнил/а (ФИО)_____ Подпись анкетируемого/й _____

Доверенное лицо: ФИО, номер паспорта_____

Дата заполнения _____ Подпись интервьюера _____

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

1. Сведения о субъекте персональных данных

_____ _____ _____
(фамилия) *(имя)* *(отчество)*

_____ _____
(основной документ, удостоверяющий личность) *(номер указанного документа)*

_____ _____
(дата выдачи указанного документа) *(сведения об органе, выдавшем указанный документ)*

зарегистрированный(-ая) по адресу: _____
(адрес)

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

_____ _____ _____
(фамилия) *(имя)* *(отчество)*

_____ _____
(основной документ, удостоверяющий личность) *(номер указанного документа)*

_____ _____
(дата выдачи указанного документа) *(сведения об органе, выдавшем указанный документ)*

зарегистрированный(-ая) по адресу: _____
(адрес)

действующий(-ая) в качестве: _____
(реквизиты доверенности [1] / законный представитель [2])

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), адрес регистрации, ИНН, СНИЛС, 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 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.

[1] При представительстве по доверенности укажите «Представитель по доверенности № [*номер доверенности при наличии*] от [*дата выдачи*]».
[2] При законном представительстве укажите «Законный представитель – [*статус законного представителя, например, «мать»*]».

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 Регионального благотворительного общественного фонда поддержки традиций еврейской культуры «Шаарей Цедек» города Москвы *на территории России:*

- Для контроля исполнения обязательств Регионального благотворительного общественного фонд поддержки традиций еврейской культуры «Шаарей Цедек» города Москвы при реализации некоммерческих программ – *Благотворительный фонд* ***«Распределительный комитет «Джойнт»*** *(ОГРН 1027700305280)*, адрес: 119071, г. Москва, Малый Калужский переулок, д. 4, стр.3.
- Для хранения и безопасной обработки моих персональных данных – ***ООО «Научно-Исследовательский Центр «Системы управления»*** *(ОГРН 1062224030989)*, адрес: 656031, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Молодежная, д. 68А, помещение 114.
- Для технической поддержки информационной системы, предназначенной для учета услуг в рамках некоммерческих программ – ***ООО «1С-РАРУС»*** *(ОГРН 1027739861764)*, адрес: 117041, г. Москва, ул Адмирала Руднева, д. 4, этаж 6, помещ. 30, офис 15; – ***ООО «1С-Рарус Интернешнл»*** *(ОГРН 1167746681156)*, адрес: 125130, г.Москвы, ул 3ои и Александра Космодемьянских, д. 17/2, помещ. 15/1П.
- 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 прекращение обработки и уничтожение персональных данных произойдет в течение 30 дней после получения отзыва. В таком случае мое участие в некоммерческих программах будет ограничено. При этом Региональный благотворительный общественный фонд поддержки традиций еврейской культуры «Шаарей Цедек» города Москвы 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 ознакомлен(-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:

1. Для оказания материальной помощи
- ПАО АКБ «АВАНГАРД» Адрес: 119180, г. Москва, ул. Большая Якиманка, д.1 только в части следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, пол, возраст, адрес места жительства (настоящий), адрес регистрации, гражданства (настоящие), контактная информация (номера домашнего и мобильного телефонов); сведения, содержащиеся в документах, удостоверяющих личность.

2. Для приобретения лекарственных средств.
- ООО «Система» Адрес: 129090 Москва. Ул. Щепкина, д. 25/20, эт. 1, пом.V, комн.1 только в части следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, пол, возраст, адрес места жительства (настоящий), адрес регистрации, контактная информация (номера домашнего и мобильного телефонов);

3. Для приобретения бытовой техники.
- ООО «Ситилинк» Адрес: 105122 г. Москва, Щелковское шоссе, д.7, стр. 1, этаж 1, пом I, ком. 51 только в части следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, пол, возраст, адрес места жительства (настоящий), адрес регистрации, контактная информация (номера домашнего и мобильного телефонов);

4. Для приобретения средств личной гигиены.
- ООО«Альфа-Медика» Адрес: 125190, г. Москва, Ленинградский пр., д.18, корпус Г, офис 1004Г только в части следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, адрес места жительства (настоящий), контактная информация (номера домашнего и мобильного телефонов);

5. Для подбора и приобретения реабилитационного оборудования
- ООО «Мирорто», Адрес: 197349, г. Санкт-Петербург, ул. Маршала Новикова, д.7, литер А, пом. 19-Н только в части следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, пол, возраст, адрес места жительства (настоящий), адрес регистрации, контактная информация (номера домашнего и мобильного телефонов);

6. Для оказания услуг по процедуре педикюра
- ИП Булатова Елена Николаевна ОГРНИП 323508100347424, ИНН 664701909903 Адрес: 142713 Московская обл.г. Раменское, квартал 40438, д. 343 только в части следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, пол, возраст, адрес места жительства (настоящий), адрес регистрации, контактная информация (номера домашнего и мобильного телефонов);

7. Для подбора и приобретения слуховых аппаратов.
- ИП Гайнутдинов Алексей Альбертович ОГРНИП 313500907300058, ИНН 770902217140, 142001, Московская область, г. Домодедово, ул. Северная, д.4, 222 только в части следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, пол, возраст, адрес места жительства (настоящий), адрес регистрации, контактная информация (номера домашнего и мобильного телефонов);

8. Для оказания медицинских услуг.
- МЧУ Медицинский Центр «РАМБАМ» Адрес: Образцова ул., д.11 стр.2м только в части следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, пол, возраст, адрес места жительства (настоящий), адрес регистрации, контактная информация (номера домашнего и мобильного телефонов);

9. Для оказания услуг сотовой связи.
- ПАО «Вымпелком» в Москве: 127083, Москва, ул. 8 Марта, д. 10, стр. 14 только в части следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, пол, возраст, адрес места жительства (настоящий), адрес регистрации, контактная информация (номера домашнего и мобильного телефонов); СНИЛС.

10. Для безопасной обработки персональных данных
- Отделение международной культурно-просветительской организации «ХАМА»Адрес: 127015 Бутырская ул., д.9, корп. 1
- Региональная благотворительная общественная организация «ХЕСЕД-ХАМА»Адрес: 125212 Москва, Ленинградское ш. 52а
- Региональный Общественный Еврейский Благотворительный Фонд «Рука помощи» Адрес: 105318 Москва, ул. Гастелло, д. 2, только в части персональных данных указанных в пункте 5. «Перечень персональных данных» согласия на обработку персональных данных.

11. Для оказания адресной благотворительной помощи.
- Благотворительный фонд поддержки еврейских традиций и культуры «СОЛОМОН» Адрес: 127018, г. Москва, 2-й Вышеславцев пер., д.5 А
- Религиозная организация ортодоксального иудаизма - Московская Марьинорощинская Еврейская Община Адрес: 127018, г. Москва, 2-й Вышеславцев пер., д.5А только в части персональных данных указанных в пункте 5. «Перечень персональных данных» согласия на обработку персональных данных.

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)*

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).

☐ «Статья 2»	Запрос № _____	☐ Фонд Центр. и Вост. Европы	Запрос № _____
☐ Хардшип Фонд	Запрос № _____	☐ Фонд принудительного труда	Запрос № _____
☐ Будапештский фонд	Запрос № _____	☐ BEG	Запрос № _____
☐ HVCF	Запрос № _____	☐ 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, проводившего 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 уполномачиваю 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 _____

The American Jewish Joint Distribution Committee, Inc.

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 _____

Форма: Социальные услуги, оказываемые клиенту государством

Ф.И.О. КЛИЕНТА:		**Идентификационный номер**	**CCID**	
Название Хеседа: РБОПФТЕК "Шаарей Цедек" г. Москва				
УСЛУГА	**Есть ли у Вас право на получение этой услуги? (Да\нет)**	**Получаете ли Вы эту услугу от государства? (Да\нет)**	**Удовлетворяет ли эта услуга Ваши потребности? (Да\Нет)**	**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**
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				
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.				
ФИО клиента		**Подпись клиента:**	**Дата:**	
Имя сотрудника		**Подпись сотрудника**	**Дата:**	

Права и обязанности сторон Хесед-Клиент

Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимильного воспроизведения подписи на настоящем документе.

Хесед обязуется:

1. Соблюдать правила этики и надлежащего отношения к клиентам
2. Предоставлять информацию о наборе существующих программ и об основных принципах работы этих программ
3. Уведомлять клиентов об их правах на участие в программах и периодичности оказания помощи; представлять на общее обозрение действующие критерии, изложенные в доступной форме
4. Уведомлять клиентов в случае изменения критериев
5. Организовать и вести учёт и контроль обслуживания
6. Обеспечить право клиента на обращение к директору Хеседа и/или в региональный офис Джойнта в случае любых жалоб на отношение сотрудников или неполучение помощи. Объявление с адресатом для обращений, содержащее ФИО сотрудника, его должность и телефон должно быть вывешено на видном и доступном месте в Хеседе.

Контакты для обращений клиентов в Хеседе:

телефон 8 499 754 77 70
эл.почта: inform@tzedek.ru

Контакты для обращений клиентов в региональном офисе Джойнт:

телефон 8 495 151 35 01
эл.почта: joint-msk@fund-joint.ru

Клиент обязуется:

1. Соблюдать правила этики при общении с работниками Хеседа
2. Предоставить правдивую информацию о себе и подтверждающую её документы, необходимые для получения услуг и осуществления благотворительной деятельности Хеседа. Если окажется, что клиент намеренно предоставил ложную информацию или документы, Хесед может немедленно прекратить помощь
3. Не передавать благотворительную помощь, полученную в рамках программ Хеседа, третьим лицам
4. Немедленно уведомлять Хесед об изменениях состояния здоровья, состава семьи, социального положения, места жительства, имеющих значение для предоставления услуг
5. Уведомлять руководителей программ о нарушении условий договора или правил этики общения работниками Хеседа, предоставляющими услуги
6. Подтверждать своей подписью только фактически полученные услуги. Если окажется, что подпись клиента подтверждает услуги вовсе не предоставленные, Хесед имеет право немедленно прекратить оказание помощи.

Президент РБОФПТЕК
«Шаарей Цедек» г. Москвы

_____
подпись

Ратнер Елена Марковна

Дата _____

Клиент

_____
подпись

_____
Фамилия имя отчество

_____

Дата _____

Права и обязанности сторон Хесед-Клиент

Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимильного воспроизведения подписи на настоящем документе.

Хесед обязуется:

1. Соблюдать правила этики и надлежащего отношения к клиентам
2. Предоставлять информацию о наборе существующих программ и об основных принципах работы этих программ
3. Уведомлять клиентов об их правах на участие в программах и периодичности оказания помощи; представлять на общее обозрение действующие критерии, изложенные в доступной форме
4. Уведомлять клиентов в случае изменения критериев
5. Организовать и вести учёт и контроль обслуживания
6. Обеспечить право клиента на обращение к директору Хеседа и/или в региональный офис Джойнта в случае любых жалоб на отношение сотрудников или неполучение помощи. Объявление с адресатом для обращений, содержащее ФИО сотрудника, его должность и телефон должно быть вывешено на видном и доступном месте в Хеседе.

Контакты для обращений клиентов в Хеседе:

телефон 8 499 754 77 70
эл.почта: inform@tzedek.ru

Контакты для обращений клиентов в региональном офисе Джойнт:

телефон 8 495 151 35 01
эл.почта: joint-msk@fund-joint.ru

Клиент обязуется:

1. Соблюдать правила этики при общении с работниками Хеседа
2. Предоставить правдивую информацию о себе и подтверждающую её документы, необходимые для получения услуг и осуществления благотворительной деятельности Хеседа. Если окажется, что клиент намеренно предоставил ложную информацию или документы, Хесед может немедленно прекратить помощь
3. Не передавать благотворительную помощь, полученную в рамках программ Хеседа, третьим лицам
4. Немедленно уведомлять Хесед об изменениях состояния здоровья, состава семьи, социального положения, места жительства, имеющих значение для предоставления услуг
5. Уведомлять руководителей программ о нарушении условий договора или правил этики общения работниками Хеседа, предоставляющими услуги
6. Подтверждать своей подписью только фактически полученные услуги. Если окажется, что подпись клиента подтверждает услуги вовсе не предоставленные, Хесед имеет право немедленно прекратить оказание помощи.

Президент РБОФПТЕК
«Шаарей Цедек» г. Москвы

_____
подпись

Ратнер Елена Марковна

Дата _____

Клиент

_____
подпись

_____
Фамилия имя отчество

_____

Дата _____