Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

Eingangsstempel

ZRBG 100

Antrag auf Altersrente für ehemalige Ghettobeschäftigte mit Wohnsitz im Ausland

בקשה לקצבת זקנה עבור פועלי גטו לשעבר המתגוררים מחוץ לגרמניה

1	**Angaben zur Person**		**פרטים אישיים**
	Name		שם המשפחה
	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)		שמות פרטיים (נא למתוח קו מתחת לשם המקובל)
	Geburtsname		שם משפחה מלפני הנישואין
	frühere Namen		שמות משפחה ופרטיים קודמים
	Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr)		תאריך הלידה (שנה / חודש / יום)
	Geschlecht	männlich ☐ זכר weiblich ☐ נקבה	מין תאריך לידה (שנה / חודש / יום)
	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)		אזרחות (ואזרחות בעבר - אם היה שונה - עד תאריך)
	Geburtsort (Kreis, Land)		מקום לידה (מחוז, ארץ)
	Straße, Hausnummer		רחוב, מס' בית
	Postleitzahl, Wohnort, Staat		מיקוד, מקום מגורים, ארץ
	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		מס' טלפון בזמן היום (לא חייבים לתת)
	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)		מס' פקס, מייל אלקטרוני (לא חייב)
	Familienstand	nicht verheiratet (ledig, verwitwet oder geschieden) ☐ לא נשוי (רווק/ה, אלמן/ה, או גרוש/ה) verheiratet / wiederverheiratet ☐ נשוי/ נשואה / נשוי/נשואה מחדש	מצב משפחתי

2	**Antragstellung durch andere Personen**	**הגשת הבקשה על-ידי צד שלישי**
	Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen.	**נא לצרף ייפו כוח או החלטת בית המשפט**
	Der Antrag wird in Vertretung gestellt von	הבקשה הוגשה על-ידי הנציג הבא
	Name	שם משפחה
	Vorname	שם פרטי
	Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)	משרד (מספר תיק - אם מתאים)

A2500-00
Version 01001 - HEB

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

	in der Eigenschaft als	gesetzlicher Vertreter ☐ נציג חוקי Vormund ☐ אפוטרופוס Betreuer ☐ מטפל, ממונה, מורשה Bevollmächtigter ☐ מיופה כוח	המכהן בתור
	Straße, Hausnummer		רחוב, מספר בית
	Postleitzahl, Wohnort, Staat		מיקוד, מקום מגורים / ארץ
	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		מס' טלפון בזמן היום (לא חייבים לתת)
	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)		מס' פקס, מייל אלקטרוני (לא חייב)

3	**Verfolgteneigenschaft**		**הכרה כנרדף (על-ידי הנאצים)**
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!		**נא לצרף את כל המסמכים הקיימים !**
3.1	Sind Sie Angehörige / Angehöriger des Judentums oder gehören Sie zur Volksgruppe der Sinti und Roma?	nein ☐ לא ja, ich gehöre zum Judentum ☐ כן, אני יהודי/ה ja, ich gehöre zur Volksgruppe der Sinti und Roma ☐ כן, אני שייך לבני הסינטי ורומא (״צוענים״)	האם את/ה משתייך/ת לעם היהודי או לבני הסינטי ורומא (״צוענים״)?
3.2	Sind Sie als Verfolgte / Verfolgter im Sinne des § 1 Bundesentschädigungsgesetzes (BEG) anerkannt (durch z. B. Entschädigungsbehörde, Jewish Claims Conference, Bundesministerium für Finanzen)?	nein ☐ לא ↓ ja ☐ כן ↓	האם הוכרת כנרדף/ת במובן של חוק הפיצויים הפדרלי הגרמני (BEG) סעיף 1 , (למשל על-ידי משרד פיצויים, וועידת התביעות, משרד הכספים הפדרלי)?
	Entschädigungsbehörde		משרד הפיצויים
	Aktenzeichen		מספר התיק
3.3	Wenn Sie Frage 3.2 verneint haben, aber Leistungen wegen nationalsozialistischer Verfolgung von anderen inländischen oder ausländischen Stellen erhalten, dann fügen Sie bitte entsprechende Unterlagen (z. B. Kopien der Bewilligung) bei.		אם ענית על 3.2 בשלילה, אולם את/ה מקבל הטבות בגין רדיפות הנאצים מגורם גרמני או מקור שמחוץ לגרמניה, עליך לצרף מסמכים רלבנטיים (כגון העתקים של האישור).

4	**Angaben zum zwangsweisen Aufenthalt**		**נתונים על השהייה שנכפתה עליך**
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!		**נא לצרף את כל המסמכים הקיימים !**
4.1	In welchen Ghettos hielten Sie sich zwangsweise auf?	↓ ↓	באיזה גטאות שהית בתנאי כפייה ?
a)	Ort, Bezirk, Gebiet / Land		מקום, מחוז , איזור / ארץ
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ — bis / עד	תקופה (חודש / שנה)
b)	Ort, Bezirk, Gebiet / Land		מקום, מחוז , איזור / ארץ
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ — bis / עד	תקופה (חודש / שנה)

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

c)	Ort, Bezirk, Gebiet / Land			מקום, מחוז , איזור / ארץ
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)
4.2	Wenn Sie sich nicht in einem Ghetto aufgehalten haben: Durften Sie Ihre Wohnung oder Ihr Haus nur zum Zwecke der Arbeit sowie für die notwendigsten Besorgungen verlassen?	nein, ich konnte mich an meinem Wohnort tagsüber weitgehend frei bewegen ☐ לא, לרוב יכולתי לנוע במקום מגוריי באופן חופשי במשך היום		אם לא שהית בגטו: היה מותר לך לצאת מדירתך או מביתך למטרת עבודה וסידורים חיוניים בלבד?
		↓ ja ☐ כן ↓		
	Wohnort, Bezirk, Gebiet / Land			מקום, מחוז , איזור / ארץ
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)

5	**Angaben zur Arbeit**			**פרטים על העבודה**
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!			**אנא צרף/י כל האישורים שברשותך!**
5.1	Haben Sie in einem der unter Ziffer 4.1 angegebenen Ghettos bzw. in Ihrem unter Ziffer 4.2 angegebenen Wohnort gearbeitet?	nein ☐ לא		האם עבדת באחד הגטאות הרשומים תחת סעיף 4.1 או במקום מגוריך הרשום בסעיף 4.2?
		↓ ja ☐ כן ↓		
a)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber			מקום העבודה / מעסיק
	Art der Arbeit			סוג העבודה
b)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber			מקום העבודה / מעסיק
	Art der Arbeit			סוג העבודה
c)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber			מקום העבודה / מעסיק
	Art der Arbeit			סוג העבודה
5.2	Haben Sie auch **außerhalb** der unter Ziffer 4.1 angegebenen Ghettos bzw. des unter Ziffer 4.2 angegebenen Wohnortes gearbeitet?	nein ☐ לא		האם עבדת גם **מחוץ** לגטאות המפורטים תחת סעיף 4.1 או למקום מגוריך שצוין בסעיף 4.2 בהתאמה?
		↓ ja ☐ כן ↓		
a)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber			מקום העבודה / מעסיק
	Sind Sie täglich in das Ghetto bzw. in Ihren Wohnort zurückgekehrt?	ja ☐ כן	nein ☐ לא	את/ה חזרת לגטו או למקום מגוריך בכל יום?
b)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber			מקום העבודה / מעסיק
	Sind Sie täglich in das Ghetto bzw. in Ihren Wohnort zurückgekehrt?	ja ☐ כן	nein ☐ לא	את/ה חזרת לגטו או למקום מגוריך בכל יום?

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

c)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber			מקום העבודה / מעסיק
	Sind Sie täglich in das Ghetto bzw. in Ihren Wohnort zurückgekehrt?	ja ☐ כן	nein ☐ לא	את/ה חזרת לגטו או למקום מגוריך בכל יום?
5.3	Haben Sie sich um die Arbeit innerhalb (Ziffer 5.1) oder außerhalb des Ghettos (Ziffer 5.2) selbst bemüht bzw. wurde sie Ihnen z. B. vom Judenrat vermittelt?			את/ה מצאת את העבודה בתוך (סעיף' 5.1 או 5.2) או מחוץ לגטו בכוחות עצמך או מצאת אותה באמצעות תיווך כמו למשל של וועד היהודים (Judenrat)?
	☐ nein, ich wurde zu allen angegebenen Arbeiten gegen meinen Willen gezwungen und hätte sie nicht ohne Gefahr für Leib, Leben oder meine Restfreiheit ablehnen können.			☐ לא, אני אולצתי לעשות את כל העבודות המצוינות נגד הרצון שלי ולא הייתי יכול/ה לדחותן מבלי לסכן את החיים ואת שאר החופש שלי.
		↓ ja ☐ כן ↓		
	im Ghetto			בגטו
	im Ghetto			בגטו
	im Wohnort			במקום מגורים

6	**Verfolgungsbedingte Ersatzzeiten**			**תקופות חלופיות על-פי רדיפות הנאצים**
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!			**נא לצרף את כל המסמכים הקיימים !**
	Haben Sie weitere nationalsozialistische Gewaltmaßnahmen erlitten? (z. B. Tragen des Judensterns, Leben in der Illegalität oder unter falschem Namen, Zwangsarbeitslager, Konzentrationslager)	nein ☐ לא		את/ה סבלת מאמצעי אלימות נאציונל-סוציאליסטיים נוספים (כמו למשל ענידת הטלאי הצהוב, חיים באי-חוקיות או תחת שם אחר, מחנה עבודת כפיה, מחנה ריכוז) ?
		↓ ja ☐ כן ↓		
a)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)
	Art der Verfolgung			צורת הרדיפות
b)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)
	Art der Verfolgung			צורת הרדיפות
c)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)
	Art der Verfolgung			צורת הרדיפות

7	**Zeiten in Deutschland**			**תקופות מגורים בגרמניה**
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!			**נא לצרף את כל המסמכים הקיימים !**
7.1	Haben Sie sich nach Ihrer Verfolgung in Deutschland (z. B. in einem DP-Lager) aufgehalten?	nein ☐ לא		האם את/ה אחרי הרדיפות שהית בגרמניה (למשל במחנה עקורים) ?
		↓ ja ☐ כן ↓		
a)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)
	Aufenthaltsort			מקום שהייה
b)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)
	Aufenthaltsort			מקום שהייה

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

7.2	Haben Sie in Deutschland gearbeitet?	nein ☐ לא		האם את/ה עבדת בגרמניה ?
		ja ☐ כן		
a)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber			מקום העבודה / מעסיק
	Art der Arbeit			סוג העבודה
b)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ	bis / עד	תקופה (חודש / שנה)
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber			מקום העבודה / מעסיק
	Art der Arbeit			סוג העבודה

8	**Zeiten im Ausland**		**תקופות ביטוח מחוץ לגרמניה**
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!		**נא לצרף את כל המסמכים הקיימים !**
8.1	Haben Sie **im Ausland** Beiträge zu einem Versicherungsträger gezahlt?	nein ☐ לא	האם את/ה שילמת דמי ביטוח למוסד ביטוח סוציאלי כלשהו **מחוץ לגרמניה**?
		ja ☐ כן	
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ / bis / עד	תקופה (חודש / שנה)
	Versicherungsträger		שם מוסד הביטוח
	Staat		מדינה
	Ausländische Versicherungs-nummer / Aktenzeichen		מספר הביטוח / מספר התיק בחו"ל
8.2	Haben Sie sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in den Niederlanden bzw. nach Vollendung des 16. Lebensjahres **gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten**: Australien, Dänemark, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?	nein ☐ לא	האם את/ה **גרת באופן קבוע** בהולנד אחרי שהגעת לגיל של 15 שנים או **באחת הארצות הבאות** אחרי שהגעת לגיל של 16 שנים: אוסטרליה, דנמרק, פינלנד, איסלנד, ישראל, קנדה/ קוויבק, ליכטנשטיין, נורבגיה, שוודיה, שוויצריה?
		ja ☐ כן	
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ / bis / עד	תקופה (חודש / שנה)
	Staat		מדינה

9	**Zeiten des Schul- / Fachschul- oder Hochschulbesuchs (auch im Ausland)**		**תקופות לימודים בבתי ספר / מכללות / מכונים / אוניברסיטאות (גם בחו"ל)**
	Haben Sie nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schule, Fachschule oder Hochschule besucht? Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei, z. B. Schulzeugnis, Unterlagen zum Besuch einer Hochschule	nein ☐ לא	האם למדת בבית-ספר, מכללה, מכון או אוניברסיטה אחרי שהגעת לגיל של 17 שנים ? נא לצרף את כל המסמכים הקיימים , כמו למשל תעודת גמר בית ספר, דיפלומה, מסמכים המוכיחים את תקופות הלימודים וכו'
		ja ☐ כן	
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / מ / bis / עד	תקופה (חודש / שנה)

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

10	Angaben zu Kindern		פרטים של ילדים
	Haben Sie Kinder erzogen, die vor dem 01.01.1950 geboren sind? (bitte Geburtsurkunde beifügen)	nein ☐ לא ja ☐ כן	האם גידלת ילדים שנולדו לפני 01/01/1950? (נא לצרף תעודת לידה)
a)	geboren am (Tag / Monat / Jahr)		נולד/ה ב- (שנה / חודש / יום)
	geboren in		נולד/ה ב- (מקום)
	Wurde das Kind in den ersten 10 Jahren von Ihnen überwiegend erzogen?	ja ☐ כן nein ☐ לא	האם את/ה על-פי רוב גידלת את הילד במהלך 10 השנים הראשונות?
	Erziehung (Monat / Jahr)	von / מ — bis / עד	גידול הילד (מחודש / שנה-עד חודש / שנה)
	ggf. Kind verstorben am (Tag / Monat / Jahr)		במידה שהילד נפטר, נא לציין תאריך הפטירה (שנה / חודש / יום)
b)	geboren am (Tag / Monat / Jahr)		נולד/ה ב- (שנה / חודש / יום)
	geboren in		נולד/ה ב- (מקום)
	Wurde das Kind in den ersten 10 Jahren von Ihnen überwiegend erzogen?	ja ☐ כן nein ☐ לא	האם את/ה על-פי רוב גידלת את הילד במהלך 10 השנים הראשונות?
	Erziehung (Monat / Jahr)	von / מ — bis / עד	גידול הילד (מחודש / שנה-עד חודש / שנה)
	ggf. Kind verstorben am (Tag / Monat / Jahr)		במידה שהילד נפטר, נא לציין תאריך הפטירה (שנה / חודש / יום)

11	Andere Leistungen		קצבאות/ גמלאות/ מענקים אחרים
	Beziehen oder bezogen Sie eine der nachstehenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?		האם את/ה מקבל/ת או קיבלת או היגשת בקשה לאחת הקצבאות הבאות ?
11.1	**Hinterbliebenenrente** aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung	nein ☐ לא ja ☐ כן	**קצבת שאירים** מביטוח הפנסיות הגרמני הממשלתי
	Verstorbener Versicherter		מבוטח/ת ז"ל
	Name		שם משפחה
	Vorname		שם פרטי
	Geburtsname		שם נעורים
	Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr)		תאריך לידה (שנה / חודש / יום)
	Deutsche Versicherungsnummer		מספר הביטוח (התיק) הגרמני

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

11.2	Leistungen aus der deutschen oder einer ausländischen **Unfallversicherung**	nein ☐ לא ja ☐ כן	קצבה **מביטוח תאונה** גרמני או מארץ אחרת
	Unfalltag (Tag / Monat / Jahr)		תאריך התאונה (שנה / חודש / יום)
	Art der Leistung		סוג הקצבה
	Aktenzeichen		מספר תיק
	Behörde		רשות
11.3	Leistung nach der Anerkennungs-richtlinie für Ghetto-Arbeit vom Bundesamt für zentrale Dienste und offene Vermögensfragen	nein ☐ לא ja ☐ כן	קצבה חד-פעמית תחת קו מנחה של הממשלה הגרמנית הפדראלית מהלשכה הפדראלית לענייני שירותים מרכזיים ושאלות רכוש תלויות ועומדות (BADV)
	Aktenzeichen		מספר תיק

12	**Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers**	**הצהרת מגיש/ת הבקשה**
	Ich versichere, **dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe**.	אני מבטיח/ה **שנתתי את כל המידע בטופס זה ובנספחים המצורפים למיטב ידיעתי.**
	Ich verpflichte mich, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenantrags bis zum Rentenbeginn sich meine Anschrift ändert.	**אני מתחייב/ת** באופן מיידי להודיע למוסד לביטוח פנסיות אם אחרי הגשת בקשה זו עד להתחלת תשלום הפנסיה תשתנה הכתובת שלי.
	Ich bin damit einverstanden, dass der zuständige Träger der gesetzlichen Rentenversicherung in allen Gerichts- und Behördenakten, die im Zusammenhang mit dem geltend gemachten Anspruch stehen, insbesondere Entschädigungsakten, Einsicht nehmen kann.	**הריני נותן/ נותנת בזאת את הסכמתי** לכך שהמוסד המוסמך של ביטוח הפנסיות הגרמני הממשלתי יכול לדרוש ולעיין בכל התיקים של בתי משפט ורשויות הקשורים בתביעתי הנטענת, במיוחד בתיקי פיצויים.
	Ort, Datum	מקום, תאריך
	Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers	חתימת מגיש/ת הבקשה

13	**Wahrheitsgemäße Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers**	**הצהרת אמת של מגיש/ת הבקשה**
	Ich erkläre hiermit nach bestem Wissen und Gewissen, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und nichts verschwiegen wurde, was der Sachaufklärung dienen könnte. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.	אני מצהיר/ה לפי מיטב ידיעתי ומצפוני שמסרתי את כל הנתונים של שאלון זה לפי האמת ואני לא הסתרתי נתונים שעלולים לעזור להבהרת תיקי. ידוע לי כי מסירת נתונים כוזבים ביודעין עלולה לגרום תביעה לדין פלילי.
	Ort, Datum	מקום, תאריך
	Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers	חתימת מגיש/ת הבקשה

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

14	**Einwilligungserklärung der Antragstellerin / des Antragstellers**	**הצהרת הסכמה של מגיש/ת הבקשה**
	Soweit für die Bearbeitung dieses **ZRBG-Rentenantrages** erforderlich, willige ich ein, dass der zuständige Rentenversicherungsträger Zugang zu meinen Entschädigungsunterlagen bzw. den Unterlagen meiner / meines verstorbenen Familienangehörigen auf der Grundlage des Bundesentschädigungsgesetzes, der Restitutionsgesetze der deutschen Landesregierungen oder der Härtefonds des Bundes oder der Länder für Opfer nationalsozialistischer Verfolgung durch die zuständigen Behörden, Gerichte, Archive und Institutionen in Deutschland erhält. Dies schließt die Übersendung der Unterlagen zur Einsichtnahme ein. Da in diesen Unterlagen insbesondere Informationen über die ethnische und rassische Herkunft und damit in Zusammenhang stehende Verfolgungsmaßnahmen enthalten sind, die nach dem europäischen Datenschutzrecht als "sensible personenbezogene Daten" betrachtet werden, erteile ich meine ausdrückliche Zustimmung nach europäischem Datenschutzrecht.	ככול שדרוש הדבר לטיפול בבקשה הנוכחית ל"קצבת גיטו" (ZRBG-Rente), אני מסכים/ה שמוסד ביטוח הפנסיה המוסמך יקבל גישה למסמכי הפיצויים שלי או לאלה של בני משפחתי שנפטרו שבידי הרשויות, בתי המשפט, ארכיונים ומוסדות בגרמניה וזאת על-פי חוק הפיצויים הפדראלי, חוקי הפיצויים של ממשלות מדינות המחוז הגרמניות או הקרנות למקרים קשים של הרפובליקה הפדראלית של גרמניה או מדינות המחוז למען קורבנות הרדיפות. הסכמה זו כוללת משלוח המסמכים לצרכי עיון. מכיוון שהמסמכים הנ"ל כוללים במיוחד מידע על המוצא האתני והגזעי הנחשבים לנתונים אישיים רגישים על-פי חוק הגנת נתונים האירופאי, וכן כוללים מידע על אמצעי רדיפה הקשורים לכך, אני נותן/ת את הסכמתי המפורשת על-פי משפט הגנת הנתונים האירופאי.
	Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft zurücknehmen kann. Um meine Einwilligung zu widerrufen, meine Rechte nach europäischem und deutschem Datenschutzrecht auszuüben oder Beschwerden zu erheben, sollte ich mich an die oben genannte Behörde unter der oben genannten Adresse wenden. Der Widerruf der Zustimmung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung, die auf der Grundlage der Zustimmung bis zu ihrem Widerruf durchgeführt wurde. Wenn ich meine Zustimmung widerrufe, verstehe ich, dass die Behörde meinen Antrag möglicherweise nicht bearbeiten kann.	אני יודע/ת שאני רשאי בכל עת לחזור בי מהסכמתי ביחס לתוקפה בעתיד. על-מנת לחזור בי מהסכמתי, למלא את זכויותיי על-פי המשפט האירופאי והגרמני להגנת נתונים או להגיש תלונות, עלי לפנות לרשות הנ"ל בכתובת המצוינת לעיל. ביטול ההסכמה לא תשפיע על התוקף החוקי של הטיפול כפי שבוצע על יסוד ההסכמה שנתתי קודם עד שחזרתי בי מהסכמה זו. אני מבין כי אם אני חוזר בי מהסכמתי, יתכן שהרשות לא תוכל לטפל בבקשתי.

Ort, Datum		מקום, תאריך
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers		חתימת מגיש/ת הבקשה
Hinweis: Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung wird der zuständigen Behörde, bei der die Akteneinsicht beantragt wird, übermittelt.		**הערה:** העתק הצהרת הסכמה זו יימסר לרשות המוסמכת אליה הוגשה בקשה לעיון בתיק.

	Als Anlagen sind beigefügt	**מסמכים מצורפים**