

Varie

FEDERAZIONE ITALIANA VOLONTARI DELLA LIBERTÀ
ASSOCIAZIONE DEPORTATI E PERSEGUITATI POLITICI ITALIANI ANTIFASCISTI
A.D.P.P.I.A.

IL PRESIDENTE

34121 TRIESTE, 7 marzo 2001

Via Mazzini, 30 - Tel. (040) 7600009

A tutti gli Associati
e, per conoscenza,

ai Componenti della Presidenza e della Giunta Esecutiva della F. I. V. L.

alle Associazioni Federate

Loro Sedi

Legge 12 agosto 2000 della Repubblica Federale Tedesca
(Legge cosiddetta "Schiavi di Hitler")

Uniamo, per i residenti fuori Trieste in indirizzo, i moduli e le istruzioni per le domande di indennizzo relative alla legge in oggetto, (12 fogli).

I Soci residenti a Trieste, sono invece pregati di venire in sede (ogni giorno dalle 10 alle 12) per ritirare i moduli, eventualmente, per chiedere chiarimenti, e se non lo avessero già fatto - per versare la quota sociale, che anche per il 2001 ammonta a lire 20.000. Portando la tessera sociale per l'aggiornamento, ogni socio potrà ritirare la medaglia - ricordo delle vittime di "Villa Triste" - ed una serie di 12 cartoline sul tema "Resistenza".

Consigliamo di non apporre la firma (sul foglio n° 8), poiché la stessa ed i documenti in copia, allegati alla domanda, dovranno essere autenticati in presenza di un pubblico ufficiale del Comune di residenza.

Per i residenti a Trieste stiamo cercando un mezzo pratico e meno oneroso possibile per effettuare detto prescritto adempimento.

Come noterete, i moduli, di cui trattasi, sono validi per le seguenti categorie:

- a) Deportati nei campi di sterminio, (K. Z.).
- b) Deportati nei campi di lavoro coatto.
- c) Deportati affidati ad aziende agricole.
- d) Deportati, di cui ad a), b), c), che hanno subito danni alla salute.
- e) Eredi delle vittime di cui a), b), e c) decedute dopo il 15 febbraio 1999.

Per i perseguitati razziali e per coloro che hanno subito danni patrimoniali, sono previsti altri tipi di moduli, che saranno a disposizione degli interessati non appena possibile.

Ricordiamo, infine, che le richieste di indennizzo devono essere inviate entro l'11 agosto 2001.

Cordialmente,

(Italo Vascotto)


ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE PER LE MIGRAZIONI (OIM)

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO DI DOMANDA DI INDENNIZZO PER PERSONE RIDOTTE IN CONDIZIONI DI SCHIAVITU', COSTRETTE AI LAVORI FORZATI, PER COLORO CHE HANNO SUBITO DANNI ALLA SALUTE O LA PERDITA DI UN FIGLIO

Il 12 agosto 2000, è stata approvata una legge con la quale la Repubblica Federale tedesca ha incaricato sette organizzazioni partner, tra cui l'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (IOM), di procedere alla concessione di indennizzi a favore di quelle persone che sono state sottoposte a lavori forzati o hanno lavorato in condizioni di schiavitù e delle vittime di altre ingiustizie durante il regime nazista. Il Governo tedesco e le imprese tedesche contribuiscono al fondo in eguale misura. La legge tedesca riconosce che le ingiustizie commesse e le sofferenze umane causate non hanno prezzo e che la legge stessa arriva troppo tardi per coloro che hanno perso la vita durante il regime nazista o che sono deceduti nel corso degli anni.

IL NUMERO VERDE DELL'OIM

L'OIM fornisce un servizio di assistenza gratuito per la presentazione delle domande e per l'espletamento delle pratiche di indennizzo. In caso di necessità, quindi, La preghiamo di contattare l'OIM al numero verde che troverà indicato a pagina 4.

CHI PUO' PRESENTARE RICHIESTA ALL'OIM

Persone che hanno lavorato in condizioni di schiavitù

Persone che, nel proprio paese o al di fuori di esso, sono state detenute in campo di concentramento, in ghetti o in altri luoghi in condizioni assimilabili alla prigionia e che hanno lavorato in condizioni di schiavitù. Per "condizioni assimilabili" si intende condizioni di prigionia disumane, malnutrizione, totale mancanza di assistenza medica. Queste persone possono ricevere fino ad un massimo di 15.000 marchi (equivalenti a circa 14.485.000 lire - 7.669 Euro).

Lavoratori coatti presso imprese o autorità pubbliche

Persone che sono state deportate dai propri paesi di origine in Germania o in regioni da essa occupate, costrette a lavorare presso imprese o l'autorità pubblica, sottoposte a condizioni di vita estremamente dure. Per "condizioni di vita estremamente dure" si intende una limitata libertà di movimento, continue perquisizioni e controlli di polizia. Secondo quanto è stabilito dalla legge, le persone costrette a lavorare nel proprio paese, anche se occupato dalla Germania, non hanno diritto all'indennizzo. Queste persone possono ricevere fino ad un massimo di 5.000 marchi (equivalenti a circa 4.950.000 lire - 2.556 Euro).

Lavoratori coatti nell'agricoltura

Persone che sono state deportate dai propri paesi di origine in Germania o in regioni da essa occupate costrette a lavorare nel settore agricolo. Ai sensi della legge, le persone costrette a lavorare nel settore agricolo nel proprio paese, anche se occupato dalla Germania, non hanno diritto all'indennizzo. Queste persone possono ricevere fino ad un massimo di 2.000 marchi (equivalenti a circa 1.980.000 lire - 1.022 Euro).

Vittime di danni alla salute

Le persone che hanno subito esperimenti medici possono ricevere fino ad un massimo di 15.000 marchi (equivalenti a circa 14.850.000 lire - 7.669 Euro).

Coloro che, in età infantile, erano alloggiati in istituti per figli di lavoratori coatti o ridotti in schiavitù e che hanno subito gravi danni fisici o mentali, possono ricevere fino ad un massimo di 15.000 marchi (equivalenti a circa 14.850.000 lire - 7.669 Euro).

Coloro che a seguito di ingiustizie naziste hanno subito gravi danni fisici o mentali, possono ricevere fino ad un massimo di 15.000 marchi (equivalenti a circa 14.850.000 lire - 7.669 Euro).

Genitori di bambini deceduti

Genitori di bambini deceduti durante la permanenza nei summenzionati istituti. I genitori congiuntamente (o un genitore solo se l'altro è deceduto) possono ricevere fino a un massimo di 15.000 marchi (equivalenti a circa 14.850.000 lire - 7.669 Euro).

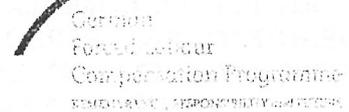
Eredi

Il coniuge vivente e i figli possono richiedere l'indennizzo (che verrà eventualmente suddiviso in quote eguali fra tutti gli aventi diritto), in qualità di eredi di una persona che sia stata sottoposta al lavoro forzato o abbia lavorato in condizioni di schiavitù o abbia subito danni alla salute e che sia deceduta **il o dopo il 16 febbraio 1999**.

Secondo quanto è stato stabilito dalla legge tedesca, gli eredi delle vittime decedute **prima del 16 febbraio 1999** non hanno diritto all'indennizzo.



ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE PER LE MIGRAZIONI (OIM)



Se la persona deceduta non ha lasciato né coniuge, né figli, la richiesta può essere presentata dai nipoti. In mancanza di nipoti, la richiesta può essere presentata da fratelli e sorelle della persona deceduta. Laddove anche questi manchino, la richiesta di indennizzo può essere presentata da quanti sono stati nominati eredi per volontà del defunto.

Può essere presentata una sola richiesta a nome di coloro che hanno diritto all'indennizzo. L'organizzazione responsabile alla quale far pervenire la richiesta deve essere quella cui si sarebbe rivolto l'avente diritto se fosse stato in vita. A tale proposito, si prega di consultare il paragrafo intitolato : «Dove vanno presentate le richieste ».

I Prigionieri di guerra non hanno diritto all'indennizzo

I prigionieri di guerra ed i loro eredi non hanno diritto all'indennizzo. Tuttavia nel caso in cui il prigioniero di guerra sia stato trasferito in un campo di concentramento o abbia perduto lo status di prigioniero di guerra, si può comunque presentare richiesta di indennizzo.

DOVE VANNO PRESENTATE LE RICHIESTE

La legge tedesca stabilisce l'area di competenza di ciascuna organizzazione partner in merito alle richieste, principalmente a seconda del luogo di residenza permanente del richiedente e del fatto che il richiedente sia ebreo o meno. L'OIM ritiene valida la dichiarazione personale dell'interessato riguardo al fatto di essere ebreo.

I richiedenti che **non sono ebrei** e che **non risiedono** in uno dei seguenti paesi: **Repubblica Ceca, Polonia, Federazione Russa, o un altro paese facente parte dell'ex Unione Sovietica**, possono presentare richiesta di indennizzo all'OIM.

I richiedenti ebrei che **non risiedono** nei paesi sopra elencati, possono richiedere la modulistica necessaria e presentare richiesta di indennizzo presso la **Conferenza Ebraica per gli indennizzi dalla Germania** (Conference on Jewish Material Claims Against Germany) all'indirizzo specificato a pagina 4.

Indipendentemente dal fatto che i richiedenti siano ebrei o meno, coloro che risiedono nei paesi sopra elencati, possono richiedere la modulistica necessaria e presentare richiesta di indennizzo presso le relative organizzazioni partner, agli indirizzi indicati a pagina 4.

Indipendentemente dal fatto che i richiedenti siano ebrei o meno, coloro che sono stati detenuti **in territori facenti attualmente parte dell'Austria** possono ricevere ulteriori informazioni per l'eventuale indennizzo dalla **Fondazione di Riconciliazione Austriaca** (Austrian Reconciliation Fund) all'indirizzo indicato a pagina 4. Tuttavia i richiedenti che sono stati detenuti nei campi di **Mathausen o presso le sue dipendenze o presso le dipendenze del campo di Dachau che si trovavano nel territorio austriaco**, sono compresi nella legge tedesca e devono inoltrare la richiesta di indennizzo secondo le modalità precedentemente indicate. **I richiedenti ebrei** possono invece richiedere i moduli necessari e presentare la loro richiesta presso la **Conferenza Ebraica per gli indennizzi dalla Germania** (Conference on Jewish Material Claims Against Germany) agli indirizzi indicati a pagina 4.

COME COMPILARE I MODULI DI DOMANDA OIM

Ciascun richiedente deve compilare un singolo modulo di domanda riempiendo esclusivamente quelle parti che si riferiscono al proprio caso specifico. Il richiedente deve presentare all'OIM un originale e una copia della domanda e due copie di tutti i documenti in allegato.

Esempio A: la persona deportata, che è stata costretta ai lavori forzati e che successivamente è stata detenuta in campi di concentramento lavorando in condizioni di schiavitù, potrà riempire sia la sezione del modulo di domanda relativa all'indennizzo per «lavoro in condizioni di schiavitù» che quella per «lavoro forzato». Qualora la domanda sia giudicata positivamente, il richiedente riceverà un solo pagamento corrispondente all'importo massimo al quale potrebbe avere diritto, in questo caso 15.000 marchi (equivalenti a circa 14.850.000 lire – 7669 Euro).

Esempio B: se due coniugi hanno lavorato in condizioni di schiavitù in un campo di concentramento, ognuno di essi deve compilare un singolo modulo di domanda OIM. Se entrambi hanno subito anche esperimenti medici, questi potranno riempire oltre alla sezione concernente il «lavoro in condizioni di schiavitù» anche quella relativa ai «danni alla salute».



ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE PER LE MIGRAZIONI (OIM)

German
Forced Labour
Compensation Programme
VERGÜLTUNGSPROGRAMM FÜR ZWANGSARBEITER

Qualora le domande siano giudicate positivamente, ciascuno di essi riceverà l'indennizzo per un importo pari alla somma prevista per le due situazioni in esame per un equivalente di 30.000 marchi (equivalenti a circa 29.700.000 lire – 15340 Euro).

La preghiamo di indicare le sue generalità su ogni pagina del modulo di domanda e su ogni documento inviato in allegato. In questo modo sarà possibile individuare con maggiore facilità i suoi documenti nel caso in cui si smarrissero.

Quanti desiderano essere rappresentati da un legale o da altra persona, nella presentazione della richiesta di indennizzo all'OIM, devono necessariamente autorizzare tali rappresentanti con delega o mandato *ad hoc*. I pagamenti verranno effettuati direttamente all'interessato. L'OIM non rimborserà alcun costo per spese legali o di altro genere.

Tutti i richiedenti, sia in persona che rappresentati, devono firmare il modulo di richiesta OIM alla presenza di un pubblico ufficiale nel comune di residenza autorizzato ad attestare l'autenticità della firma e dei documenti.

Qualora per motivi di salute non fosse possibile recarsi presso gli uffici competenti, gli interessati dovranno firmare il modulo in presenza del proprio medico curante, secondo le indicazioni apposte sul modulo stesso.

Il modulo di richiesta OIM dovrà essere corredato da relativa fotocopia (non autenticata) della documentazione di supporto, quali il cartellino di lavoro (*Arbeitskarte*), libretto di lavoro (*Arbeitsbuch*), certificati medici, documentazione attestante il possesso di proprietà o qualunque altro documento attinente al periodo in esame. La documentazione originale non verrà restituita.

Si consiglia di presentare la richiesta di indennizzo anche qualora non si possieda alcun tipo di documentazione.

L'OIM in collaborazione con il Servizio di Ricerca Internazionale della Croce Rossa, il Governo tedesco ed altre istituzioni competenti, cercherà di assistere e supportare, dietro espressa richiesta di ciascun richiedente, ogni domanda attraverso ricerche in archivi storici.

La preghiamo di descrivere brevemente la sua situazione all'epoca dei fatti nello spazio fornito a pagina 7 del modulo di richiesta OIM.

DATA DI SCADENZA PER LA PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE

Ogni richiesta, per essere valida, deve essere necessariamente presentata utilizzando i moduli ufficiali dell'OIM. L'OIM fornisce i moduli gratuitamente. I moduli, dovutamente compilati e completi della documentazione necessaria, dovranno essere inviati direttamente all'Oim di Roma all'indirizzo indicato a pagina 4. La scadenza per inoltrare la richiesta di indennizzo è l'11 agosto 2001 (farà fede il timbro postale).

VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE PERVENUTE E PAGAMENTI

L'ufficio OIM di Ginevra, procederà alla valutazione di ogni richiesta. L'OIM confermerà per iscritto l'avvenuta approvazione o meno delle richieste. Qualora la richiesta venga approvata, il pagamento dell'indennizzo verrà effettuato in due rate, secondo quanto disposto dalla legge tedesca. Qualora la richiesta fosse respinta, la legge tedesca prevede la possibilità di ricorrere in appello ad un organo competente che verrà istituito presso l'ufficio OIM di Ginevra.

DANNI PATRIMONIALI

L'OIM è inoltre responsabile dell'indennizzo a favore di quelle persone che hanno subito **danni patrimoniali** a seguito di ingiustizie naziste perpetrate con la **partecipazione attiva delle imprese tedesche**.

I richiedenti ebrei e non ebrei, indipendentemente dal loro luogo di residenza, possono inoltrare richiesta di indennizzo all'OIM. Qualora il beneficiario sia deceduto, gli eredi possono presentare richiesta di indennizzo indipendentemente dalla data del decesso.

Per ottenere un modulo ufficiale di richiesta di indennizzo OIM per danni patrimoniali contatti l'ufficio OIM agli indirizzi indicati a pagina 4.



IOM • OIM

ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE PER LE MIGRAZIONI (OIM)

German
Forced Labour
Compensation Programme
REMEMBRANCE, RESPONSIBILITY and FUTURE

INDIRIZZI UTILI OIM- IOM

Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM)

International Organization for Migration (IOM)

Via Nomentana, 62 - 00161 Roma

Numero verde: 800 59 88 59 Fax 06 440 25 33 – 06 44 25 24 37

e-mail: iomrome@iom.int

Sito web: www.compensation-for-forced-labour.org

Organizzazione Internazionale per le Migrazioni – (OIM) Ginevra

Programma di indennizzo per gli ex lavoratori forzati sotto il regime nazista

17 route des Morillons, P.O.B. 71, CH-1211 Ginevra 19, Svizzera

Tel.: + 41 22 717 9230

e-mail: compensation@iom.int

Web site: www.compensation-for-forced-labour.org

INDIRIZZI UTILI - ALTRE ORGANIZZAZIONI ASSOCIATE

Conference on Jewish Material Claims Against Germany

15 East 26th Street – New York, NY 10010

Stati Uniti d'America

Web site: www.claimscon.org

Conference on Jewish Material Claims against Germany

Sophienstrasse 26

D-60487 – Francoforte sul Meno, Germania

Web site: www.claimscon.org

Fondazione ceco-tedesca "Fondi per il Futuro"

P.O.B. 47, Legerova 22 - 120 21 Prague 2, Repubblica Ceca

Tel: + 420 2 24 26 20 40

Fondazione tedesco-polacca "Riconciliazione tedesco-polacca"

Ul. Krucza 36 - 00- 921 Varsavia, Polonia

Tel: + 48 22 629 73 35

Fondazione bielorusca "Comprensione e Riconciliazione" (responsabile anche per l'Estonia)

Ul. Jakuba Kolasa 39a - 220013 Minsk, Bielorussia

Tel: + 375 17 23 27 096

Fondazione nazionale ucraina (responsabile anche per la Moldavia)

Wuliza Frunse 15 - 01080 Kiev, Ucraina

Tel/fax : +380 44 462 50 06

Fondazione russa "Comprensione e Riconciliazione"

(responsabile anche per i paesi dell'ex-Unione Sovietica

ad eccezione di Bielorussia, Estonia, Moldavia e Ucraina)

Stolowy pereulok 6

121069 Mosca, Federazione russa

Tel/Fax: + 7 095 291 10 48

INDIRIZZI UTILI- FONDO DI RICONCILIAZIONE AUSTRIACA

Ufficio del rappresentante Speciale del Governo Federale Austriaco

Ballhausplatz 1

1014 Vienna, Austria

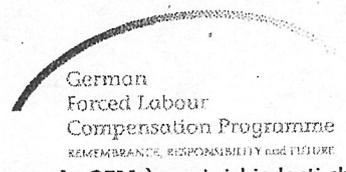
Tel. +43 1 53 115 21 60 or 61 or 62



IOM - OIM

ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE PER LE MIGRAZIONI (OIM)

MODULO DI DOMANDA DI INDENNIZZO PER RIDUZIONE IN SCHIAVITU', LAVORO FORZATO, DANNI ALLA SALUTE O MORTE DI UN FIGLIO



Vogliate leggere attentamente le istruzioni allegate prima di iniziare. Questo **modulo di domanda OIM** è per i richiedenti che **non sono ebrei** e che **non vivono** in uno dei seguenti paesi: la Repubblica Ceca, Polonia, la Federazione Russa o un paese che era una repubblica dell'ex Unione Sovietica. Battete a macchina o scrivete chiaramente in stampatello tutte le informazioni richieste con inchiostro nero o blu. Allegate le fotocopie dei documenti richiesti, non gli originali. Vogliate presentare all'OIM un originale e una copia del modulo di domanda e due copie di tutti i documenti allegati.

INFORMAZIONI PERSONALI DEL RICHIEDENTE

1. Cognome del richiedente		2. Nome del richiedente	
3. Cognome da nubile della richiedente, se attinente			4. Sesso Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>
5. Cittadinanza attuale	6. Cittadinanza alla nascita	7. Origine etnica	

Altri nomi usati dal richiedente durante il periodo nazista, se attinente

8. Cognome		9. Nome	
10. Data(e) di nascita Indicate la data usata durante il periodo nazista		11. Città di nascita come nota a quel tempo	
Anno	Mese	Giorno	12. Stato di nascita come noto a quel tempo

Residenza permanente

13. Indirizzo (via, numero civico, interno)		14. Comune	
15. Provincia	16. Stato	17. Codice di avviamento postale	
18. Telefono abitazione		19. Indirizzo di posta elettronica (E-mail)	
20. Indicate il Vostro Stato di residenza al 16 Febbraio 1999, se diverso dallo Stato al numero 16			

Indirizzo postale, se diverso dalla residenza permanente

21. Indirizzo (via, numero civico, interno)		22. Comune	
23. Provincia	24. Stato	25. Codice di avviamento postale	
26. Telefono abitazione		27. Indirizzo di posta elettronica (E-mail)	
28. Inoltrate una domanda per una persona, ridotta in condizione di schiavitù, sottoposta a lavoro forzato, vittima di danni alla salute o che ha perso un figlio, che è deceduta il o dopo il 16 febbraio 1999?			Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
29. Se "Sì", qual è il grado di parentela/vincolo con la persona deceduta?		<input type="checkbox"/> coniuge <input type="checkbox"/> nipote	<input type="checkbox"/> figlio <input type="checkbox"/> discendente <input type="checkbox"/> erede in un testamento
29. Se "Sì", allegate una prova del grado di parentela/vincolo con la persona deceduta presentando una copia del certificato di matrimonio, certificato di nascita, stato di famiglia, testamento, ecc.?			Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

31. Siete stato (Lei o la persona deceduta) un prigioniero di guerra (POW) nel 1939-45? Sì No

32. Se "Sì", riempite il modulo soltanto se voi (o il deceduto) siete stato inviato in un campo di concentramento o avete perso lo status di prigioniero di guerra (POW)	Prigioniero di guerra (POW) Data di rilascio		
	Anno	Mese	Giorno

Nome del richiedente

German
Forced Labour
Compensation Programme
REMEMBRANCE, RESPONSIBILITY and FUTURE

INFORMAZIONI SULLA PERSONA DECEDUTA

Compilate questa pagina soltanto se inoltrate la domanda per una persona deceduta il o dopo il 16 febbraio 1999. Se siete il diretto interessato, andate alla pagina seguente.

33. Cognome del deceduto	34. Nome del deceduto
35. Cognome da nubile della deceduta, se attinente	36. Sesso del deceduto Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>
37. Cittadinanza del deceduto alla nascita	38. Origine etnica

Altri nomi usati dal deceduto durante il periodo nazista

39. Cognome del deceduto	40. Nomi del deceduto

41. Data(e) di nascita del deceduto Indicate la data usata durante il periodo nazista	43. Città di nascita del deceduto come noto a quel tempo
Anno Mese Giorno	
	44. Stato di nascita del deceduto come noto a quel tempo
42. Data di morte	45. Stato dove è avvenuto il decesso
Anno Mese Giorno	

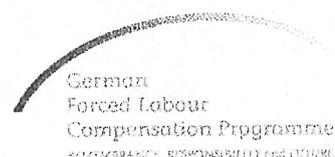
46. Dovete allegare una copia del certificato di morte. Ne ha allegato una copia?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Per uso DIM Lasciare in bianco Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
--	---	--

INFORMAZIONI SUGLI ALTRI AVENTI DIRITTO DIVERSI DAL RICHIEDENTE CHE PRESENTANO DOMANDA PER IL DECEDUTO

Ogni persona deve presentare la prova dei vincoli con il deceduto fornendo copia del certificato di matrimonio, certificato di nascita, stato di famiglia, testamento, ecc. Se serve più spazio, vogliate allegare dei fogli supplementari.

	Seconda persona richiedente (diversa dal richiedente)	Terza persona richiedente (diversa dal richiedente)	Quarta persona richiedente (diversa dal richiedente)
47. Cognome			
48. Nome			
49. Indirizzo (via, numero civico interno)			
50. Comune			
51. Provincia			
52. Stato			
53. Codice di avviamento Postale			
54. Vincoli con il deceduto	<input type="checkbox"/> coniuge <input type="checkbox"/> figlio <input type="checkbox"/> nipote <input type="checkbox"/> discendente <input type="checkbox"/> erede nel testamento	<input type="checkbox"/> coniuge <input type="checkbox"/> figlio <input type="checkbox"/> nipote <input type="checkbox"/> discendente <input type="checkbox"/> erede nel testamento	<input type="checkbox"/> coniuge <input type="checkbox"/> figlio <input type="checkbox"/> nipote <input type="checkbox"/> discendente <input type="checkbox"/> erede nel testamento
55. Viene allegata la prova dei vincoli con il deceduto?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Nome del richiedente



LAVORO IN CONDIZIONE DI SCHIAVITU'

Compilate questa pagina soltanto se voi o la persona deceduta per la quale inoltrate una domanda, siete stato detenuto in un campo di concentramento, ghetto o un altro posto di reclusione in condizioni paragonabili e abbiate lavorato in condizioni di schiavitù. Per condizioni paragonabili si intendono condizioni disumane di prigionia, alimentazione insufficiente e mancanza di cure mediche. Altrimenti vogliate andare alla pagina seguente.

56. Indicate il tipo di posto(i) dove voi (o il deceduto) siete stato detenuto		
<input type="checkbox"/> Campo di concentramento	<input type="checkbox"/> Ghetto	<input type="checkbox"/> Altro posto di reclusione

Indicate il nome del(i) posto(i) dove voi (o il deceduto) siete stato detenuto e indicate per quali periodi di tempo

57. Campo di concentramento	58. Da		59. A	
	Anno	Mese	Anno	Mese
a.				
b.				

60. Ghetto	61. Da		62. A	
	Anno	Mese	Anno	Mese
a.				
b.				

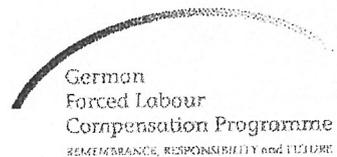
63. Altro posto di reclusione	64. Da		65. A	
	Anno	Mese	Anno	Mese
a.				
b.				

66. Indicate il nome della(le) impresa(e) per cui voi (o il deceduto) avete svolto lavoro in condizione di schiavitù, se noto			
a.	c.		
b.	d.		

Indicate quali documenti fornite a supporto della vostra domanda

<i>Per uso OIM Lasciare in bianco</i>	67. Documento (fotocopie soltanto)	68. Numero del documento
a. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Certificato di liberazione	
b. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Documento di rimpatrio	
c. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tessera di persone deportate	
d. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Atto di prigionia (<i>Personalakte</i>)	
e. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Risultato delle ricerche dell'International Tracing Service (<i>Internationaler Suchdienst, Bad Arolsen</i>)	
f. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Altro (vogliate specificare)	

Nome del richiedente



LAVORO FORZATO

Compilate questa pagina soltanto se voi, o la persona deceduta per la quale inoltrate una domanda, siete stato deportato in Germania o in una zona occupata dalla Germania, siete stato assoggettato a lavoro forzato e siete stato detenuto in condizioni di vita estremamente dure. Altrimenti vogliate andare alla pagina seguente.

Da dove siete stato (o il Deceduto) deportato	69. Città/villaggio, deportato da	70. Stato deportato da
Dove siete stato (o il deceduto) deportato	71. Città/villaggio, deportato a	72. Stato deportato a
73. Data di deportazione		74. Data di liberazione
Anno	Mese	Anno
		Mese
75. Avete svolto lavoro forzato per una impresa o per un ente pubblico?		Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
76. Avete svolto lavoro forzato in agricoltura?		Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
77. Siete stato detenuto in un qualsiasi momento in un campo di educazione al lavoro (Arbeitserziehungslager)?		Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
78. Vi si permetteva occasionalmente (per esempio la domenica) di muovervi nel villaggio o nella città dove eravate detenuto?		Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
79. Siete stato tenuto sotto custodia e sottoposto a continue perquisizioni e controlli da parte di guardie o della polizia durante e al di fuori delle ore lavorative?		Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Compilate le voci 80-81, se avete svolto lavoro forzato per un' **impresa o nel settore pubblico**

80. Indicate il nome dell'impresa(e) o dell'ente (i) pubblico(i) per cui voi (o il deceduto) avete svolto lavoro forzato	
a.	b.
81. Indicate il nome del campo di educazione al lavoro (Arbeitserziehungslager) o del(i) campo(i) di lavoro forzato o altro(i) posto(i) dove voi (o il deceduto) siete stato detenuto	
a.	b.

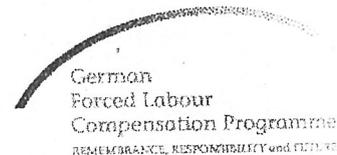
Compilate la voce 82, se avete svolto lavoro forzato in **agricoltura**

82. Indicate il nome della persona o dell'ente per cui voi (o il deceduto) avete svolto lavoro forzato in agricoltura, se noto	
a.	b.

Indicate quali documenti fornite a supporto della vostra domanda

Per uso OIM Lasciare in bianco	83. Documento (fotocopie soltanto)	84. Numero del documento
a. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Libretto lavoro per stranieri (<i>Arbeitsbuch für Ausländer</i>)	
b. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tessera di lavoro (<i>Arbeitskarte</i>)	
c. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Certificato di lavoro rilasciato dall'impresa (<i>Arbeitbescheinigung</i>)	
d. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrazione presso l'Ufficio di collocamento (<i>Arbeitsamt</i>)	
e. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tessera di deportazione o attestazione	
f. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Atto di prigionia (<i>Personalakte</i>)	
g. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Certificato di fine servizio (<i>Entlassungsschein</i>)	
h. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Documento di rimpatrio	
i. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Carta per gli sfollati	
j. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Risultato delle ricerche dell'International Tracing Service (<i>Internationaler Suchdienst, Bad Arolsen</i>)	
k. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Passaporto per stranieri (<i>Fremdenpass</i>)	
l. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Altro (vogliate specificare)	

Nome del richiedente



Compilate questa pagina soltanto se inoltrate una domanda di indennizzo per danni alla salute o per la morte di un figlio. Altrimenti vogliate andare alla pagina seguente.

DANNI ALLA SALUTE – Esperimenti medici

85. Siete stato (o il deceduto) sottoposto ad esperimenti medici sotto il regime nazista? Sì No
Se no, andare al numero 88.

86. Indicate il nome del campo dove gli esperimenti medici sono stati praticati

Indicate quali documenti fornite a supporto della vostra domanda

<i>Per uso OIM</i> <i>Lasciare in bianco</i>	87. Documento (fotocopie soltanto)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Certificato medico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Altro (vogliate specificare)

DANNI ALLA SALUTE – Bambino alloggiato in istituto per figli di lavoratori forzati o ridotti in schiavitù

88. Siete stato (o il deceduto) alloggiato in un istituto per figli di lavoratori forzati o ridotti in schiavitù ed è stata la vostra salute (o quella del deceduto), mentale o fisica, severamente danneggiata? Se no, andare al numero 94. Sì No

89. Data ingresso in istituto per bambini 90. Indicate il nome del campo dove era ubicato l'istituto per bambini

Anno	Mese	
91. Data uscita dall'istituto per bambini		92. Indicate il nome dell'istituto per bambini, se noto
Anno	Mese	

Indicate quali documenti fornite a supporto della vostra domanda

<i>Per uso OIM</i> <i>Lasciare in bianco</i>	93. Documenti (fotocopie soltanto)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Certificato medico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Altro (vogliate specificare)

MORTE DI UN FIGLIO – Bambino alloggiato in istituto per figli di lavoratori forzati o ridotti in schiavitù

94. Siete (o il deceduto) il genitore di un bambino che è morto durante la permanenza in un istituto per figli di lavoratori forzati o ridotti in schiavitù? Sì No

95. Cognome del bambino 96. Nomi del bambino

97. Nome del campo dove era ubicato l'istituto 98. Nome dell'istituto per bambini, se noto

99. Data di nascita del bambino			100. Data di morte del bambino			101. Data di ingresso nell'istituto per bambini	
Anno	Mese	Giorno	Anno	Mese	Giorno	Anno	Mese

Indicate quale documento fornite a supporto della vostra domanda

<i>Per uso OIM</i> <i>Lasciare in bianco</i>	102. Documento (fotocopie soltanto)
<input type="checkbox"/>	Vogliate specificare

ALTRI DANNI ALLA SALUTE

103. Avete subito altri danni alla salute connessi alle ingiustizie nazionalsocialiste? Sì No

Indicate quale documento fornite a supporto della vostra domanda

<i>Per uso OIM</i> <i>Lasciare in bianco</i>	104. Documento (fotocopie soltanto)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Certificato medico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Altro (vogliate specificare)

Nome del richiedente

German
Forced Labour
Compensation Programme
REMEMBRANCE, RESPONSIBILITY and FUTURE

PARTECIPAZIONE AD UN ALTRO PROGRAMMA GOVERNATIVO

Vogliate indicare di seguito se voi (o il deceduto) avete partecipato a un altro programma governativo. Le informazioni relative a tale partecipazione possono aiutare l'IOM a trattare la vostra domanda di indennizzo più velocemente. Qualsiasi somma di denaro precedentemente ricevuta da tale programma **non verrà dedotta** dal pagamento fatto dall'OIM.

105. Programma governativo	106. Vostro numero d'identificazione nel programma (o del deceduto)
a. <input type="checkbox"/> Germania, Legge federale di risarcimento – <i>Bundesentschädigungsgesetz/BEG</i>	
b. <input type="checkbox"/> Germania, Fondo di sostentamento – <i>HNG Fonds</i>	
c. <input type="checkbox"/> Germania, Fondo di sostentamento – <i>Wiedergutmachungs – Dispositions-Fonds</i>	
d. <input type="checkbox"/> Germania, Pagamento per sofferenze dovute a esperimenti medici	
e. <input type="checkbox"/> Belgio, concessione dello status di <i>Prisonnier Politique</i>	
f. <input type="checkbox"/> Belgio, concessione dello status di <i>Déporté pour le Travail Obligatoire</i>	
g. <input type="checkbox"/> Francia, concessione dello status di <i>Déporté Résistant</i> o <i>Déporté Politique</i>	
h. <input type="checkbox"/> Francia, concessione dello status di detenuto in un campo di educazione al lavoro (Arbeitserziehungslager)	
i. <input type="checkbox"/> Francia, concessione dello status di <i>Personne Contrainte au Travail – PCT</i>	
j. <input type="checkbox"/> Italia, legge n. 791	
k. <input type="checkbox"/> Italia, riconosciuto Internato Militare Italiano (IMI)	
l. <input type="checkbox"/> Slovenia, concessione dello status ai sensi della Legge sulle Vittime di Guerra – <i>ZZVW</i>	
m. <input type="checkbox"/> Altro (vogliate specificare)	

POSSIBILE DIRITTO NELL'AMBITO DELLA CAUSA SUI BENI DELLE VITTIME DELL'OLOCAUSTO (BANCHE SVIZZERE)

Potreste avere diritto a un ulteriore indennizzo a seguito della risoluzione della causa sui beni delle vittime dell'olocausto (Banche Svizzere) intentata davanti alla Corte Distrettuale degli Stati Uniti, Distretto Est di New York. Vogliate rispondere alle seguenti domande affinché l'IOM vi possa inviare le informazioni necessarie non appena saranno disponibili.

107. Siete stato (o il deceduto) detenuto in un campo di concentramento, ghetto, altro posto di reclusione, campo di lavoro forzato, prigionia, brigata SS o posto simile e forzato a lavorare, in quanto testimone di Geova, Rom, omosessuale o disabile?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
108. Siete stato (o il deceduto) forzato a lavorare per un'impresa svizzera, o un'impresa tedesca di proprietà svizzera, durante il periodo nazista?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
109. Se "Sì", indicate il nome dell'impresa per cui avete lavorato	
109. In quanto testimone di Geova, Rom, omosessuale o disabile, vi è stata (o al deceduto) i) negata l'entrata in Svizzera o siete stato espulso dalle autorità svizzere o ii) siete stato ammesso in Svizzera come rifugiato e detenuto, e avete subito maltrattamenti o abusi dalle autorità svizzere?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

INFORMAZIONI SUL PAGAMENTO

111. Se la vostra domanda è approvata dall'OIM, indicate come volete ricevere il pagamento. Vogliate notare che gli eredi aventi diritto per il deceduto riceveranno soltanto assegni a loro nome per la parte spettante.

Contante (erogato **solo dagli uffici OIM**) Assegno Bonifico (per il bonifico fornite di seguito le coordinate bancarie)

Coordinate bancarie

112. Banca	113. Nome dell'intestatario	114. Numero del conto bancario
115. Indirizzo (via, numero civico) della banca		116. Città
117. Provincia	118. Stato	119. Codice di avviamento postale
120. Numero telefonico della banca	121. Numero commerciale della banca (ABI/CAB)	

Nome del richiedente

German
Forced Labour
Compensation Programme
REMEMBRANCE, RESPONSIBILITY and FUTURE

DICHIARAZIONE PERSONALE

Vogliate fornire una breve descrizione di quanto è accaduto a Voi, o alla persona deceduta per la quale inoltrate la domanda di indennizzo, durante il periodo in cui voi (o il deceduto) siete stato un **lavoratore ridotto in condizioni di schiavitù** o un **lavoratore forzato**. Descrivete le condizioni in cui voi (o il deceduto) siete stato detenuto.

Se avete inoltrato una domanda in quanto vittima di **esperimenti medici**, descrivete la natura e l'impatto degli esperimenti sulla vostra salute (o su quella del deceduto). Se avete inoltrato una domanda in quanto vittima di gravi **danni alla salute** mentre eravate alloggiato in un istituto per figli di lavoratori forzati o ridotti in schiavitù, descrivete i danni subiti. Se avete inoltrato una domanda per la **morte di un bambino** alloggiato in un istituto per figli di lavoratori forzati o ridotti in schiavitù, descrivete le circostanze della morte del bambino. Se avete inoltrato una domanda per **altri danni alla salute**, descrivete le ingiustizie nazionalsocialiste che hanno causato tali danni personali.

Nome del richiedente

German
Federal Labour
Compensation Programme
Unternehmens- und Wirtschaftsministerien

FIRMA, BENESTARE, RINUNCIA

Vogliate firmare dove indicato. Firmate il modulo ufficiale di domanda di indennizzo dell'OIM davanti ad un funzionario autorizzato ad attestare l'autenticità delle firme e i documenti o ad un notaio. Se siete costretto a casa, potete firmare il modulo di domanda dell'OIM davanti al medico curante.

a) Se avete ricevuto un indennizzo dopo il 1945 da una **impresa tedesca** per un'ingiustizia nazista, vogliate indicare di seguito il nome dell'impresa e l'importo. In questo caso, l'indennizzo precedentemente ricevuto **sarà dedotto** dal pagamento che vi può essere accordato dall'OIM. Tuttavia, queste informazioni possono aiutare l'OIM a trattare più velocemente la vostra domanda :

Nome della Impresa (122)..... Valuta (123)..... Importo Ricevuto (124).....

- b) Capisco che il mio diritto a ricevere un pagamento nell'ambito del Programma tedesco di indennizzo per gli ex lavoratori forzati sotto il regime nazista è subordinato alle condizioni specifiche nella legge tedesca.
- c) Non ho inoltrato altra domanda né ricevuto pagamenti nell'ambito di questo Programma per la stessa ingiustizia nazista per cui presento domanda di indennizzo con questo modulo.
- d) Non ho inoltrato altra domanda né ricevuto pagamenti dal Fondo Austriaco di Riconciliazione per la stessa ingiustizia nazista per cui presento domanda di indennizzo con questo modulo.
- e) Accetto che in relazione all'esame e alle verifiche di questa domanda i miei dati (e quelli della persona deceduta) siano tenuti in una banca dati centralizzata e che siano effettuati controlli su mie domande di indennizzo eventualmente registrate presso altre organizzazioni partner.
- f) Autorizzo l'OIM a controllare altri archivi e banche dati pertinenti per verifiche sulla mia domanda di indennizzo, per esempio, gli archivi del governo tedesco, gli archivi del International Tracing Service della Croce Rossa, ecc.
- g) A fronte di un pagamento nell'ambito del Programma Tedesco di indennizzo per gli ex lavoratori forzati sotto il regime nazista, rinuncio irrevocabilmente a far valere qualsiasi pretesa al di fuori della legge tedesca:
- Contro la Repubblica Federale di Germania, gli Stati federali tedeschi e altre istituzioni pubbliche tedesche per quanto concerne il lavoro asservito, il lavoro forzato e la perdita di proprietà.
 - Contro le imprese tedesche per quanto concerne tutte le domande di risarcimento connesse con l'ingiustizia nazionalsocialista.
 - Contro la Repubblica dell'Austria e le imprese austriache per quanto concerne il lavoro asservito o il lavoro forzato.
- Questa rinuncia non riguarda le domande di risarcimento e i pagamenti previste dalle leggi tedesche sulle conseguenze della guerra o le misure di indennizzo o qualsiasi domanda di risarcimento relativa alla restituzione di opere d'arte. Queste ultime, tuttavia, possono essere rivendicate solamente in Germania o nel paese da cui le opere sono state sottratte .
- h) Dichiaro che le informazioni fornite a supporto di questa domanda sono veritiere e rese al meglio delle mie conoscenze. Sono consapevole che false informazioni possono comportare un'azione per la restituzione di qualsiasi pagamento effettuato e ulteriori azioni legali.

Firma del richiedente

Tipo dell'attuale Documento d'identità (125) Numero dell'attuale documento d'identità (126).....

Ho verificato la carta d'identità o il passaporto del richiedente e la residenza dello stesso al 16 Febbraio 1999. Ove previsto, ho verificato i vincoli del richiedente con il deceduto.

Timbro e firma del funzionario/notaio /medico curante

Data Città

Nome in stampatello del funzionario/notaio/medico curante

.....
Cognome

.....
Nome

Indirizzo del funzionario/notaio /medico curante

.....
Numero telefonico del funzionario/notaio/medico curante