

Nota informativa sobre la solicitud de prestaciones en la Fundación Contergan para personas discapacitadas

La Ley alemana de la Fundación Contergan¹ les ofrece la posibilidad de presentar una solicitud de prestaciones en la fundación.

El requisito para poder solicitar estas prestaciones es que su madre tomara preparados ricos en talidomida producidos por Grünenthal* durante su embarazo y que sus deformaciones físicas puedan relacionarse con este hecho.

Las prestaciones por Contergan abarcan:

- una indemnización económica única
- una pensión mensual por Contergan vitalicia
- Prestaciones para cubrir necesidades específicas
- una paga extraordinaria anual

Podrá disfrutar de la pensión por Contergan, como muy pronto, al mes de la presentación de la solicitud.

¿Cómo presentar la solicitud de prestaciones?

Debe presentar la solicitud de prestaciones por escrito. Por favor, emplee el formulario indicado para ello.

Para poder tomar una decisión sobre su solicitud, es importante que nos proporcione toda la información posible acerca de la medicación que tomó su madre durante el embarazo. Por ello, rellene cuidadosamente el formulario "Informe de antecedentes" y adjunte al escrito las recetas, los informes médicos y otras opiniones con valor informativo de las que disponga.

Por favor, rellene las solicitudes en alemán. Deberá presentar la traducción (jurada) de los certificados médicos y los peritajes redactados en lengua extranjera.

Por favor, especifique en el formulario "Indicaciones sobre los daños por Contergan" todos los daños y diagnósticos médicos.

No nos hacemos cargo de los costes derivados de revisiones médicas o peritajes.

¹ Conterganstiftungsgesetz

¿Quién toma la decisión sobre su solicitud?

La Comisión médica

- comprueba su documentación y decide, a partir de la misma, si se trata de un caso de daños y perjuicios y
- evalúa los daños (según las directrices sobre daños por Contergan).

El peritaje médico es un trabajo intensivo y puede llevar algo de tiempo.

Una vez finalizado el proceso, le comunicaremos el resultado por escrito.

La Junta directiva

- fija la cuantía de la prestación, basándose en la decisión y la evaluación de la comisión médica.
- encarga a la oficina principal emitir el fallo basándose en su decisión.

Bases jurídicas de las prestaciones de la Fundación Contergan:

- La Ley alemana de la Fundación Contergan § 12 determina quién tiene derecho a prestaciones
- La Ley alemana de la Fundación Contergan § 13 fija el tipo y la cuantía de las prestaciones
- La Ley alemana de la Fundación Contergan § 16 describe el procedimiento

Le informa

Geschäftsstelle der Conterganstiftung für
behinderte Menschen
Von-Gablenz-Str. 2 - 6
50679 Köln

Teléfono: +49 (0)221 3673-3673

Fax: +49 (0)221 3673-3636

Dirección de correo electrónico: geschaeftsstelle@contergan.bund.de

Puede obtener más información en: www.contergan-infoportal.de

Aquí encontrará los formularios, la Ley alemana de la Fundación Contergan y las directrices para garantizar prestaciones.

Conterganstiftung für behinderte Menschen
Von-Gablenz-Str. 2 - 6
50679 Köln

ALEMANIA

SOLICITUD

Solicito la concesión y el pago de

1. una indemnización extraordinaria de capital de la
 2. pensión mensual y vitalicia de la Fundación Contergan
- de acuerdo con el art. 13 de la Ley de la Fundación Contergan para Personas Discapacitadas.

Datos personales:

Apellido(s):

Apellido de soltera/soltero:

Nombre:

Fecha de nacimiento:..... País de nacimiento:

Nacionalidad:

con domicilio en

Calle y número:

Código postal y localidad:

País:

En **caso de aprobación** la transferencia de los pagos deberá realizarse a la siguiente cuenta:

Titular:

Entidad bancaria:

IBAN:

BIC:

....., a

(lugar)

(fecha)

.....
(Firma del/la solicitante)

Cumplimentar en caso de disposición oficial de asistencia respecto al cuidado del patrimonio

Declaración de la persona encargada del cuidado del patrimonio:

Presento la solicitud arriba mencionada para la persona a la que represento

.....
(nombre de la persona encargada)

Adjunto el original o una copia compulsada del certificado de autorización para la defensa de los intereses de la persona arriba indicada (identificación de responsable o similar).

..... , a
(lugar) (fecha)

.....
(nombre, residencia/domicilio del/la asistente)

.....
(firma del/la asistente)

Anexos

1. Certificado de identidad/fe de vida
2. Informe de referencia de los supuestos daños causados por la Talidomida
3. Presentación de los supuestos daños por la talidomida y certificados médicos para justificación de los daños relacionados con la talidomida

Certificado de fe de vida

Los empleados de la oficina de empadronamiento/oficina de la ciudadanía/oficina de atención al ciudadano certifican que usted **se ha presentado personalmente**.

Nota para los empleados de las oficinas de registro:

Rogamos a los empleados que ayuden mediante la asistencia mutua a Conterganstiftung für behinderte Menschen (Fundación Contergan para Personas Discapacitadas).

■ Arts. 4 y 5 de la Ley alemana de procedimiento administrativo (VwVfG)

Rellene íntegramente los datos de identidad que se le han facilitado. Ponga su sello y firme el documento.

Compare la dirección proporcionada con la que figura en el documento de identidad o documento similar en vigor.

Alternativamente aceptamos un certificado de registro o un extracto del registro de población en caso de presentación en persona.

■ Art. 18, apdo. 1 de la Ley federal de inscripción en el registro (Bundesmeldegesetz - BMG)

Advertencia para usted en cuanto que persona afectada:

El certificado de registro o el extracto del registro de población se entregará, si se **presenta personalmente y con un documento de identidad en vigor**.

Excepciones en territorio nacional (lista a modo de ejemplo)

Podremos admitir el certificado de su médico tratante en caso de que:

- Esté enfermo postrado en cama.
- Su correspondiente oficina de empadronamiento/oficina de la ciudadanía/oficina de atención al ciudadano no disponga de entrada con acceso para minusválidos.

Excepciones en el extranjero (cuando no haya disponible ninguna embajada alemana ni consulado alemán - lista a modo de ejemplo)

- **Brasil:** oficina del censo electoral
- **Gran Bretaña e Irlanda:** notarías
- **Países Bajos:** en calidad de trabajadores transfronterizos la oficina de empadronamiento/oficina de la ciudadanía/oficina de atención al ciudadano más cercana
- **España:** la policía

**Conterganstiftung für
behinderte Menschen
Von-Gablenz-Str. 2 - 6
50679 Köln
Alemania**

Prueba de identidad/Certificado de fe de vida

Certificado por la oficina de empadronamiento/oficina de la ciudadanía/oficina de atención al ciudadano
(**gratuito**, dado que tiene fines de pensión).

Por la presente se certifica que

Apellido(s):

Apellido de soltera/soltero:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

País de nacimiento:

Nacionalidad:

Con domicilio en:

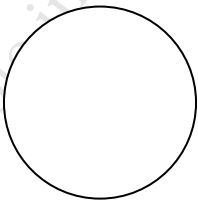
.....

.....

se ha presentado **personalmente**.

**El pago de la pensión de la Fundación Contergan para Personas Discapacitadas
requiere que el beneficiario esté vivo.**

(Artículos 12 y 13, párrafos 2 y 3 de la Ley sobre la Fundación Contergan, «ContStifG»)



.....
oficial (lugar, fecha)
de atención al ciudadano)

..... **Sello**
(Oficina de empadronamiento/oficina de la ciudadanía/oficina
de atención al ciudadano)

Informe de Fondo sobre el/los defecto(s) supuestamente atribuido(s) a la ingestión de Contergan (talidomida)

Sírvase proporcionar abajo, en la medida de lo posible, informaciones relativas a la ingestión de medicamentos que contenían talidomida de la empresa Grünenthal GmbH por su madre durante el embarazo. Cuales fármacos han sido recetados, por quien, y quien los ha tomado? Cuando han sido tomados? Le rogamos adjuntar recetas médicas, informes médicos o clínicos u otras opiniones, informes o correspondencias relevantes de terceros, en caso de que estén disponibles.

! Favor presentar su informe en idioma alemán o acompañado de una traducción certificada al alemán !

Peticionario/a:

Apellido:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Informe de Fondo:

.....
(Lugar, fecha)

.....
(Peticionario)

Informaciones sobre los Defectos atribuidos al Contergan

Sírvase listar abajo los defectos diagnosticados en Ud. y que Ud. atribuye a la ingestión de medicamentos que contenían talidomida de la empresa Grünenthal GmbH (anteriormente "Chemie Grünenthal in Stolberg") por su madre durante el embarazo. Le rogamos comprobar estos defectos mediante presentación de dictámenes médicos y clínicos, radiografías y otros documentos médicos apropiados.

! Favor presentar sus informaciones en idioma alemán o acompañados de una traducción certificada al alemán !

Peticionario/a:

Apellido:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Defectos atribuidos a la talidomida

1. Malformaciones de extremidades y deformaciones

2. Defectos internos

3. Defectos en la garganta, la nariz y las orejas

4. Defectos en los ojos

Solo informativo. Rellenar únicamente el formulario alemán

.....
(Lugar, fecha)

.....
(Peticionario/a)

Declaración de renuncia conforme al parágrafo 15 de la Ley de la Fundación Contergan (ContStifG)

Parágrafo 15 de la Ley de la Fundación Contergan para Personas con Discapacidades:

- (1) En caso de que la persona con derecho a recibir la prestación o bien su representante legal tuvieran su domicilio o residencia habitual fuera del ámbito de vigencia de la presente ley, conforme a lo dispuesto en la misma únicamente recibirán prestaciones en caso de que hubieran declarado previamente por escrito que renuncian irrevocablemente a cualquier derecho de cobro contra la empresa Grünenthal GmbH, sus socios y socias, así como sus gerentes, empleados y empleadas, a raíz del consumo de preparados de talidomida.
- (2) Conforme a esta ley se contabilizarán como prestaciones aquellos pagos que hayan sido realizados por otros posibles responsables a raíz del consumo de preparados de talidomida.

Solicitante:

Apellido:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Declaro haber solicitado a la Fundación Contergan para Personas con Discapacidades la concesión de prestaciones conforme al parágrafo 13 de la Ley de la Fundación Contergan.

1. Declaración de renuncia

Por la presente declaro **de forma irrevocable** que **renuncio** a ejercitar cualquier derecho de cobro contra Grünenthal GmbH, sus socios y socias, así como sus gerentes, empleados y empleadas, a raíz del consumo de preparados de talidomida.

2. Declaración sobre otros pagos realizados por parte de otros posibles responsables

Por la presente declaro de forma vinculante

haber recibido los siguientes pagos a raíz del consumo de preparados de talidomida:

Denominación del pagador (entidad pagadora):

.....

Pagos:

no haber recibido ningún pago por parte de otros posibles responsables a raíz del consumo de preparados de talidomida

..... , a
(Lugar) (Fecha) (Firma del/de la solicitante)