

FOLLETO EXPLICATIVO

sobre la Petición de Indemnización presentada a la Fundación Contergan para Personas con Discapacidades de acuerdo a los artículos 12 y 13 de la ContStifG

1. Aspectos generales

La segunda modificación de la Ley sobre la Fundación Contergan ("Conterganstiftungsgesetz") con fecha de junio de 2009 ofrece a personas cuyas malformaciones físicas pueden ser relacionadas con la ingestión de medicamentos que contenían la sustancia talidomida de la empresa Grünenthal GmbH (anteriormente "Chemie Grünenthal in Stolberg") por la madre durante la gravidez, y que aún no están recibiendo beneficios de la Fundación Contergan, la posibilidad a partir de 1 de julio de 2009 de presentar a la Fundación una petición de concesión de beneficios (artículo 12 parágrafo 2 de la Ley sobre la Fundación Contergan para Personas con Discapacidades (ContStifG). Los beneficios de la Fundación Contergan para Personas Discapacitadas abarcan

- a) una indemnización monetaria
- b) una pensión vitalicia especial para víctimas de Contergan (talidomida)
- c) un pago anual especial

Los pagos de la pensión especial comienzan no antes del mes en que se presente la petición.

Para mayores detalles sobre los beneficios pagados por la Fundación, véase la Ley sobre la Fundación Contergan (ContStifG) y la Directiva sobre el grado de afectación por el Contergan (talidomida). Para consultarla, visite el sitio www.conterganstiftung.de.

2. La Petición

Beneficios serán concedidos solamente a petición. La entrada de una petición escrita en la Fundación es condición previa para la concesión.

Usted como peticionario tiene la obligación de proporcionar las pruebas de que cumple los requisitos legales exigidos para la concesión de los beneficios.

Para asegurar que la evaluación de su petición sea realizada en la debida forma y dentro del plazo más corto posible, se debe usar únicamente el Formulario de Petición emitido por la Fundación con los anexos correspondientes requeridos. Por razones de principio, peticiones presentadas sin dicho formulario no pueden ser procesadas de una manera concluyente.

Le rogamos completar los formularios correctamente y firmarlos personalmente.

Para posibilitar la debida evaluación de los requisitos legales, es de especial importancia que Usted presente a la Fundación todas las informaciones y documentos que sean posibles y disponibles sobre la supuesta ingestión de medicamentos que contenían talidomida de la empresa Grünenthal GmbH por su madre durante el embarazo. Por esta razón le rogamos ejercer especial cuidado en la elaboración del solicitado Informe de Fondo sobre la ingestión de medicamentos que contenían talidomida y su atribución a la empresa antes mencionada (Anexo 2 al Formulario de Petición).

Para determinar si los defectos físicos de Ud. pueden ser atribuidos a la ingestión de medicamentos que contenían talidomida de la empresa Grünenthal GmbH y para la evaluación de los defectos, la

Fundación necesita una lista exacta de los defectos y dictámenes médicos (Anexo 3 al Formulario de Petición).

Además, según el "Reglamento especial para peticionarios residentes en el extranjero" dispuesto en el artículo 15 de la Ley ContStifG, es necesario que Ud. nos presente su Declaración de Renuncia de Recurso, firmada por Ud. de forma jurídicamente vinculante, de acuerdo al Anexo 4 al Formulario de Petición.

Si los documentos o informaciones proporcionados por Ud. no son completos la Fundación Contergan se pondrá en contacto con Ud.

!! Le rogamos tomar en cuenta que necesitamos tener sus informaciones y documentos en idioma alemán o acompañados de una traducción certificada al alemán. Por razones de principio no podemos tomar en consideración documentos de su Petición en un idioma que no sea el alemán !!

3. El Procedimiento

Siempre y cuando la Petición presentada por Ud. corresponda a los criterios formales, será sometida a una Comisión Médica para decisión.

La Comisión, que es integrada por expertos médicos de diversas especialidades, decidirá, de acuerdo al artículo 16 de la Ley ContStifG, si se trata de un caso de defecto físico conforme a la Ley sobre la Fundación Contergan y evalúa el defecto de conformidad con la Directiva sobre el grado de afectación por el Contergan (talidomida).

En caso de evaluación positiva de su Petición, los defectos reconocidos serán clasificados según una tabla médica de puntos establecida en la Directiva sobre el grado de afectación por el Contergan (talidomida) y luego sumados para llegarse a un puntaje total en un cálculo final. El puntaje total forma la base para la definición de los beneficios a ser concedidos por la Fundación.

La Comisión Médica evalúa su Petición sobre la base de las informaciones proporcionadas y los documentos presentados por Ud. De ser necesario, la Comisión exigirá mayores informaciones y/o documentos de Ud.

Le rogamos tomar en cuenta que la evaluación médica es compleja y, por lo tanto, requiere cierto tiempo. Por consiguiente, generalmente hay que dar un plazo mínimo de seis meses para la tramitación.

Tras la decisión de la Comisión Ud. recibirá una notificación de la Fundación Contergan sobre el resultado de la evaluación de su Petición.

4. Persona de contacto

Si Ud. tiene cualquier pregunta al respecto de este proceso le rogamos contactar a la persona de contacto. Los detalles de contacto constan de la carta de presentación.

Conterganstiftung für behinderte Menschen (Fundación Contergan para Personas con Discapacidades)
Fundación de Derecho Público
Sibille-Hartmann-Str. 2-8
50696 Köln
Alemania

A la
Conterganstiftung für behinderte Menschen
Sibille-Hartmann-Str. 2-8
50969 Köln

ALEMANIA

PETICIÓN

Yo,, nacido en,

domiciliado en,
(Código postal y lugar)

Calle y no. de casa,

País (Estado)

solicito la concesión y el pago de

1. una indemnización monetaria única
2. una pensión vitalicia mensual de la Fundación Contergan

de acuerdo al artículo 13 de la Ley sobre la Fundación Contergan.

En caso de aprobación de esta Petición, les ruego transferir los pagos a la siguiente cuenta bancaria:

Cuenta no:

Titular de la cuenta:

Banco:

Código bancario:

BIC:

IBAN:

Adjunto los siguientes documentos / informaciones a mi Petición:

1. Prueba de Identidad / Certificado de Fe de Vida en el Formulario prescrito
2. Informe de Fondo sobre el/los defecto(s) supuestamente atribuido(s) a la ingestión de Contergan (talidomida), junto con anexos correspondientes
3. Informaciones sobre los defectos supuestamente causados por el Contergan (talidomida) en el formulario adjuntado y dictámenes médicos para documentar los defectos listados en el Anexo 3 (resultados médicos, informes clínicos, radiografías, etc.)
4. **Declaración de Renuncia de Recurso de acuerdo al artículo 15 de la ContStifG**

....., el

(Lugar)

(Fecha)

!! Suplemento en caso de que se haya instituido oficialmente la administración de bienes de la persona a ser beneficiada !!

Declaración de la persona encargada de la administración de bienes:

Presento esta Petición en nombre de la persona que está bajo mi tutela o curatela. Adjunto el comprobante de mi poder para representar los intereses de la persona citada (documento que compruebe el poder de tutor o curador o comprobante comparable) en original o fotocopia autenticada.

....., el

(Lugar)

(Fecha)

.....
(Nombre, lugar / domicilio del tutor/curador)

.....
(Firma)

Listado de Anexos:

1. Prueba de Identidad / Certificado de Fe de Vida
2. Informe de fondo sobre el/los defecto(s) supuestamente atribuido(s) a la ingestión de Contergan (talidomida)
3. Listado de los defectos supuestamente causados por el Contergan (talidomida) y comprobantes médicos para documentar las deficiencias atribuidas al Contergan (talidomida)
4. **Declaración de Renuncia de Recurso de acuerdo al artículo 15 de la ContStifG**

Conterganstiftung für behinderte Menschen (Fundación Contergan para Personas con Discapacidades) Fundación de Derecho Público

Conterganstiftung
für behinderte Menschen
Sibille-Hartmann-Str. 2-8
50969 Köln
República Federal de Alemania

Prueba de Identidad / Certificado de Fe de Vida

certificada por la Embajada Alemana o por una Representación Consular Alemana (Consulado)

Para efectuarse el pago de la pensión de la Fundación Contergan para Personas con Discapacidades

(artículos 12, 13 párrafos 2 y 3 de la Ley sobre la Fundación Contergan de 13 de octubre de 2005 – ContStifG – (BGBl. I p. 2967 – 2970) en la versión de la 2a enmienda a la Ley sobre la Fundación Contergan con fecha de junio de 2009 **se exige que el/la pensionista está vivo/viva.**

Por la presente se certifica que

Apellido:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

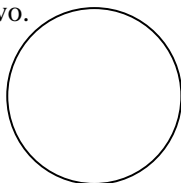
quien se ha identificado con:

Nacionalidad:

tiene su domicilio registrado en

en (lugar):

y está vivo.



Sello oficial

.....
(firma manuscrita original del/de la Peticionario/a)

.....
(Lugar, fecha)

.....
(Embajada / Representación Consular Alemana)

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

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

Solamente para su información. La versión en alemán es vinculante

.....
(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)