

**United States Holocaust Memorial Museum (USHMM), Washington DC  
Holokaust Memorijalni Muzej Sjedinjenih Americkih Drzava**

**REGISTARSKI FORMULAR ZA OSOBE KOJE SU PREZIVELE  
HOLOKAUST**

*Molimo popunite sledece osobne podatke*

Ime i prezime: \_\_\_\_\_

Ako je doticni/a preminuo/la molimo stavite datum, godinu i mesto preminuca: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Telefonski broj, e-mail: \_\_\_\_\_

Preratno ime: \_\_\_\_\_

Devojacko prezime: \_\_\_\_\_

Druga ("alias") imena: \_\_\_\_\_

Datum rođenja: \_\_\_\_\_

Mesto rođenja (Mesto): \_\_\_\_\_ ( Drzava): \_\_\_\_\_

Ostala mesta (drzave) gde je doticna osoba boravila pre rata: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mesta (drzave) prebivanja za vreme rata: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*(Molimo navedite geta, koncentracijske i radne logore, imena drzava, I da li se doticni/a sakrivala I mesto sakrivanja)*

Posleratni kampovi za nezbrinute osobe u kome je doticna osoba prebivala posle rata:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Da li ste ikada dali oralnu ispovest (oral history), navedite godinu i naziv ustanove: \_\_\_\_\_

Molimo popunite sledece podatke za supruga/u i druge osobe u vasoj porodici koje su prezivele Holokaust

1. Ime i prezime: \_\_\_\_\_

Srodstvo sa osobom na pocetku formulara: \_\_\_\_\_

Ako je doticni/a preminuo/la molimo stavite datum, godinu i mesto preminuca: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Telefonski broj, e-mail: \_\_\_\_\_

Preratno ime: \_\_\_\_\_

Devojacko prezime: \_\_\_\_\_

Druga ("alias") imena: \_\_\_\_\_

Datum rođenja: \_\_\_\_\_

Mesto rođenja (Mesto): \_\_\_\_\_ ( Drzava): \_\_\_\_\_

Ostala mesta, (drzave) gde je doticna osoba boravila pre rata: \_\_\_\_\_

Mesta (drzave) prebivanja za vreme rata: \_\_\_\_\_

*(Molimo navedite geta, koncentracijske i radne logore, imena drzava, I da li se doticni/a sakrivala I mesto sakrivanja)*

Posleratni kampovi za nezbrinute osobe u kome je doticna osoba prebivala posle rata:

\_\_\_\_\_

Da li ste ikada dali oralnu ispovest (oral history), navedite godinu i naziv ustanove: \_\_\_\_\_

2. Ime I prezime: \_\_\_\_\_

Srodstvo sa osobom na pocetku formulara: \_\_\_\_\_

Ako je doticni/a preminuo/la molimo stavite datum, godinu i mesto preminuca: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Telefonski broj, e-mail: \_\_\_\_\_

Preratno ime: \_\_\_\_\_

Devojacko prezime: \_\_\_\_\_

Druga ("alias") imena: \_\_\_\_\_

Datum rodjenja: \_\_\_\_\_

Mesto rodjenja (Mesto): \_\_\_\_\_ ( Drzava): \_\_\_\_\_

Ostala mesta, (drzave) gde je doticna osoba boravila pre rata: \_\_\_\_\_

Mesta (drzave) prebivanja za vreme rata: \_\_\_\_\_

*(Molimo navedite geta, koncentracijske i radne logore, imena drzava, I da li se doticni/a sakrivala I mesto sakrivanja)*

Posleratni kampovi za nezbrinute osobe u kome je doticna osoba prebivala posle rata:

\_\_\_\_\_

Da li ste ikada dali oralnu ispovest (oral history), navedite godinu i naziv ustanove: \_\_\_\_\_

Molimo popunite sledece podatke za decu osoba koje su prezivele Holokaust (druga generacija)

1. Ime I prezime: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Telefonski broj: \_\_\_\_\_

Doticna osoba je dete od: \_\_\_\_\_

2. Ime I prezime: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Telefonski broj: \_\_\_\_\_

Doticna osoba je dete od: \_\_\_\_\_

3. Ime I prezime: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Telefonski broj: \_\_\_\_\_

Doticna osoba je dete od: \_\_\_\_\_

## Fotografije

Registar muzeja USHMM bi bio zahvalan ako biste imali mogucnosti darovati fotografiju osobe/a ciji su podaci u ovom formularu.

Po mogucnosti te bi fotografije trebale biti iz razdoblja od 1930 do 1950 godine.

Molimo vas da za svaku fotografiju navedete sto vise podataka.

Datum fotografije: \_\_\_\_\_

Fotograf: \_\_\_\_\_

Da li je fotografija ikada bila publicirana? Ako da, u kojoj publikaciji: \_\_\_\_\_

Ime, adresa i telefonski broj vlasnika autorskog prava od fotografije (ako se razlikuje od imena fotografa ili darovatelja): \_\_\_\_\_

## Darovaonica Fotografija

Ja, darovatelj, sa ovim dobrovoljno darujem sva prava na darovanu fotografiju/e, ukljucujuci autorska prava (u slucaju nepostojanja drugih vlasnika), muzeju (USHMM).

*Odobravam da se fotografija/e koristi u naucne I obrazovane svrhe (ukljucujuci elektronske medije I internet), kako Muzej nadje za shodno, uz sledece limitacije:* \_\_\_\_\_

*(ako limitacije ne postoje, molimo vas ispunite "bez limitacije" I potpisite se)*

Potpis darovatelja: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Ime I prezime darovatelja (stampanim slovima): \_\_\_\_\_

Hvala vam. Slobodno kopirajte ovaj formular u zeljenom broju. Ako vam je potrebna dodatna pomoc oko ispunjavanja Registarskog Formulara posaljite nam e-mail, fax ili nas kontaktirajte telefonom.

Popunjeni formular I fotografije posaljite na sledecu adresu:

Survivors Registry  
United States Holocaust Memorial Museum  
100 Raoul Wallenberg Place, SW  
Washington, DC 20024-2126 USA  
Email: [registry@ushmm.org](mailto:registry@ushmm.org)

Telefon: (202) 488-6130

Fax: (202) 488-2690

