

**בקשה לקבלת הטבות ממדינת ישראל לניצול שואה המקבל/ת קצבה מועידת התביעות (קרון סעיף 2)**

אני הח"מ , אזרח/ית ותושב/ת ישראל מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

**א. פרטים אישיים**

שם משפחה בעברית:	שם פרטי בעברית:	מספר זהות:
שם משפחה בלועזית:	שם פרטי בלועזית:	שם האב:
תאריך לידה:	תאריך עליה:	ארץ לידה:

**ב. פרטי ילדים**

שם _____	תאריך לידה _____	עיר לידה _____	ארץ _____
לידה _____			
שם _____	תאריך לידה _____	עיר לידה _____	ארץ _____
לידה _____			
שם _____	תאריך לידה _____	עיר לידה _____	ארץ _____
לידה _____			
שם _____	תאריך לידה _____	עיר לידה _____	ארץ _____
לידה _____			

חבר בקופת החולים : כללית / לאומית / מכבי / מאוחדת (סמן את הנכון).

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

**כתובת מגורים:**

רחוב:	מס' בית:	כניסה:	מס' דירה:	ישוב:
מיקוד:	טלפון:	טלפון נוסף:		

**ג. ויתור על סודיות**

אני מאשר/ת לרשות לזכויות ניצולי השואה לבדוק בכל התיקים הרלוונטיים המתייחסים אלי ולקבל או למסור כל מידע שהוא, הנוגע לתביעתי במשרדי הממשלה השונים, או מכל גוף ציבורי או פרטי אחר בישראל או בחו"ל, לרבות מידע מועידת התביעות או אליה.

ידוע לי כי בחתימתי זו אני מאשר לועידת התביעות למסור לרשות לזכויות ניצולי השואה, או למי מטעמה, את כל הפרטים האישיים המצויים בידה ונוגעים לתביעתי, בין היתר, שם, כתובת, פרטי בנק, היסטוריית רדיפות ורשימת התשלומים אשר נתקבלו מהקרנות השונות שבניהולה.

אני מוותר/ת בזאת על זכויותיי לסודיות, אשר תפגענה כתוצאה מהשימוש שיעשה במידע.

**ד. הצהרה**

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי הינם נכונים ומלאים וכי ידוע לי כי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק בגין מסירת הצהרה כוזבת.

אני מודע/ת לכך שהצהרות כוזבות עלולות לגרום לדחיית בקשתי לקבלת ההטבות ממדינת ישראל.

אני מתחייב/ת להחזיר את כל הכספים אשר אקבל בגין בקשה זו אם יתברר בשלב מאוחר יותר כי איני עומד בתנאי הזכאות לקבלת ההטבות.

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות



תאריך משלוח \_\_\_\_\_  
מס' תיק \_\_\_\_\_  
ת.ז. \_\_\_\_\_

לכבוד  
מחלקת השירות הרפואי  
הרשות לזכויות ניצולי השואה  
יצחק שדה 17  
תל אביב

שלום רב,

## כתב ויתור

אני הח"מ, \_\_\_\_\_, (שם פרטי) \_\_\_\_\_, (שם משפחה)

בעלת תעודת זהות מספר \_\_\_\_\_ מבקשת מהרשות לזכויות ניצולי השואה (להלן: "הרשות"), לא להעביר לקופת החולים בה אני חברה את פרטיי הכוללים: שם פרטי, שם משפחה ומספר תעודת זהות.

משמעות חתימתי על כתב ויתור זה הינה, כי אני מוותרת על ההנחה בדמי ההשתתפות העצמית בגין תרופות הנכללות בסל הבריאות לגבי ניצולי שואה המקבלים קצבאות ממדינת ישראל ומקרה סעיף 2 (ועידת התביעות), כמו גם קבלת פטור מתשלום כלשהו בגין המחלות שהוכרו לי על פי חוק נכי רדיפות הנאצים תשי"ז – 1957.

ידוע לי, כי בכל עת בעתיד אוכל לפנות שוב למרכז המידע ברשות ולהודיע כי אני חוזרת בי מהאמור לעיל ובמקרה זה ההנחה תינתן לי החל מהחודש שלאחר הפנייה לרשות, ולא מתאריך רטרואקטיבי כלשהו.

**ולראיה באתי על החתום**

\_\_\_\_\_  
חתימה

\_\_\_\_\_  
תאריך

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות