

אל: הרשות לזכויות ניצולי שואה רח' יצחק שדה 17 ת.ד. 57380 ת"א 6157302, מרכז מידע טל': 03-5682651 פקס: 03-5682605

בקשה לתגמול לפי הכנסה או מוגדל לפי הכנסה

לפי חוק נכי רדיפות הנאצים תשי"ז 1957/חוק נכי המלחמה בנאצים תשי"ד 1954/חוק הטבות לניצולי שואה התשס"ז 2007

נא לציין מס' תיקך ברשות
תיק מס' _____

א. פרטי המבקש (נשוי/רווק/אלמן/גרוא)

המבקש	בן/בת הזוג
שם המשפחה	
שם פרטי	
מס' זהות	

כתובת: רח' _____ מס': _____ עיר: _____ מיקוד: _____ טל' _____ נייד _____

ב. פרטים על הכנסות

סמן X במשבצת המתאימה	פירוט הסכומים ברוטו	אישורים נדרשים
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	1. מעסק עצמאי (כולל משק פעיל)	צדף דו"ח שומה אחרון
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	2. כשכיר	צדף 6 תלושי משכורת של השנה הקודמת
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	3. כחבר קיבוץ/מושב שיתופי	צדף אישור מזכירות הקיבוץ על הסכום המדווח למוסד לביטוח לאומי כהכנסה לחבר
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	4. מבטוח לאומי: <input type="checkbox"/> קצבת זקנה ביחד עם בן/ת זוגי. <input type="checkbox"/> קצבת זקנה <input type="checkbox"/> קצבת שארים <input type="checkbox"/> קצבת נכות כללית <input type="checkbox"/> אחר, פרט	
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	5. מפנסיה (זכויות שצברתי בתקופת עבודתי)	צדף 6 תלושי פנסיה של השנה הקודמת מיולי עד דצמבר
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	6. מפנסייית שארים (שלא מבטוח לאומי) ממקום העבודה של בן/בת זוג ז"ל	צדף 6 תלושי פנסיה של השנה הקודמת
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	7. תגמולים מחו"ל/אחר פרט: _____	צדף _____ לחודש סוג המטבע _____
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	8. מהשכרת נכס	צדף _____ ש"ח לחודש
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	9. תוכניות חסכון/קופות גמל שערכן הכולל להיום: _____	צדף _____ ש"ח

ג. למי שמאושפז במוסד לחולים כרוניים / קשישים / אחר

שם המוסד:

כתובת:

עיר: טלפון:

נא לסמן:

המדינה/ הרשות המקומית נושאת **במלוא** הוצאות שהייתי במוסד הנ"ל.

אני מצהיר כי אני ומשפחתי משתתפים בהוצאות האשפוז והעלות איננה מוטלת במלואה על המדינה.

הצהרה

אני מתחייב להודיע בכתב לרשות לזכויות ניצולי השואה על כל שינוי שיחול במצבי האישי ו/או הכלכלי המשפיע על זכאותי לתגמול נוסף או שיעורו תוך 30 יום מיום השינוי.

הנני מצהיר בזה כי הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים, וידוע לי כי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק על מסירת ידיעה כוזבת.

חתימה

תאריך