

תאריך: _____

לכבוד:
משרד האוצר, הרשות לזכויות ניצולי השואה
מחלקת תביעות
רח' יצחק שדה 17
ת.ד. 57380
תל אביב 6157302
טל. 03-5682651

הנדון: בקשה לועדה רפואית בתחום מחלות פרקים ו/או עמוד השדרה

שמי: _____

ת.ז.: _____

הנני סובל/ת ממחלת _____, שהיא בתחום מחלות פרקים ו/או עמוד השדרה, שקשורה לרדיפות. (האם הינך סובל ממחלת פרקים עקב מחלת Psoriatic Arthritis שנגרמה עקב רדיפות השואה-סמך: כן / לא. אם הינך סובל מהמחלה וטרם מוכר ברשות לזכויות ניצולי השואה, יש להגיש בקשה להכרה במחלה זו).

המחלה הנ"ל התגלתה אצלי בתאריך _____

אבקש שועדה רפואית תבדוק את נכותי בתחום מחלות פרקים ו/או עמוד השדרה, על סמך המסמכים המצורפים, וזאת לאור ההמלצות של ועדת שני הקובעות קשר סיבתי בין הרדיפות לבין מחלתי, ותקבע את אחוזי הנכות שלי בהתאם.

יש לצרף לבקשה את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים לדיון.

אם הנך מעוניין/נת שהדיון בבקשתך יתקיים ללא נוכחותך, אנא סמן/ני- "בקשה לדיון ללא נוכחות".

בקשה לדיון ללא נוכחותי

בעקבות גילי המתקדם וההשפעה של המצב הרפואי על המחלה, אבקש הפעלת תקנה 12

בברכה,
