

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"/>	סך _____ ש"ח לשנה	צרף דו"ח שומה אחרון
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סך _____ ש"ח לחודש	צרף 6 תלושי פנסיה של השנה הקודמת
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סך _____ ש"ח לחודש	צרף אישור מזכירות הקיבוץ על הסכום המדווח למוסד לביטוח לאומי כהכנסה לחבר
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סך _____ ש"ח לחודש	צרף 6 תלושי פנסיה של השנה הקודמת מיולי עד דצמבר
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סך _____ ש"ח לחודש	צרף 6 תלושי פנסיה של השנה הקודמת
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סך _____ לחודש סוג המטבע _____	
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סך _____ ש"ח לחודש	
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סך _____ ש"ח לחודש	

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