

בקשה לסיוע לעובדי כפייה בהתאם להחלטה מנהלית

לידיעתך: מרכז המידע של הרשות לזכויות ניצולי השוואה עומד לרשותך בטל' שמספרו: 03-5682651.
ככל שתרצה בכך, ניתן לשלוח אליך מתנדב שיסייע לך במילוי הטופס.
בנוסף, אם אתה מעוניין בייעוץ משפטי ניתן לקבל **סיוע משפטי בחינם** מהאגף לסיוע משפטי במשרד המשפטים, בטל' **1-700-70-60-44**.

אני הח"מ מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

שם משפחה בעברית:		שם פרטי:		מספר זהות:	
שם נעורים (פרטי ומשפחה):		תאריך לידה:		ארץ לידה:	
עיר לידה:		שם האב:		שם האם:	
חבר בקופת החולים: כללית / לאומית / מכבי / מאוחדת (סמן את הנכון)					
רחוב:		מס' בית:	כניסה:	מס' דירה:	ישוב / עיר:
מיקוד:		טלפון:		טלפון נוסף:	

הריני מבקש לקבל תגמולים והטבות (הניתנים לניצולים המוכרים לפי חוק נכי רדיפות הנאצים) בהתאם להחלטה המנהלית שניתנה על ידי שר האוצר, ועל כן אני מצהיר:

1. בתקופת מלחמת העולם השנייה נאלצתי לבצע עבודות כפיה על פי צו שלטוני שהוצא נגד יהודים, במשך תקופה רצופה ומשמעותית והייתי צפוי לעונש לולא ביצעתי אותה: נא לפרט:

באיזה מקום שהית בזמן שנאלצת לבצע את עבודות הכפייה? _____
 מי הורה לך לבצע את עבודות הכפייה? _____
 אילו עבודות כפייה נאלצת לבצע? _____
 מה משך התקופה בה ביצעת את העבודות? _____
 באיזו תדירות ביצעת את העבודות? _____
 האם היה מוטל עליך עונש אילולא ביצעת את עבודת הכפייה? אם כן – מהו? _____
 פירוט נוסף: _____

2. אינני מקבל קצבה חודשית, מכל גורם שהוא, בקשר עם קורותיי בתקופת מלחמת העולם השנייה.

שם המבקש
חתימה

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

3. ידוע לי כי בהתאם להחלטה המנהלית, ככל שבקשתי תאושר, מועד הזכאות לתגמולים יהיה החל ממועד בקשתי זו, וככל שהגשתי בעבר תביעה שעניינה עבודות כפייה - לא לפני יום 1.12.2015.

4. יש לצרף לבקשה:
- א. צילום מלא של תעודת זהות (כולל הספח).
 - ב. מסמכים המעידים על ביצוע עבודות כפייה.
 - ג. מסמכים רפואיים לצורך הוכחת נכותך.
 - ד. אם קיים אפוטרופוס, יש לצרף צו למינוי אפוטרופוס.
 - ה. טופס פרטי חשבון בנק (מצ"ב) - טופס מקור חתום.

למי שהגיש לרשות תביעה בעבר הכוללת מסמכים שונים, לרבות מסמכים רפואיים:
נא לסמן V במקום המתאים, ככל שהנך מעוניין/ת שלא לצרף מסמכים נוספים:

אבקש כי לצורך בדיקת זכאותי ייבדקו המסמכים שצירפתי לתביעה שהגשתי לרשות בעבר, ומשכך אני לא מצרף כעת מסמכים נוספים.

5. ויתור על סודיות
אני מאשר/ת לרשות לזכויות ניצולי השואה לקבל או למסור כל מידע בקשר אליי, הנוגע לבקשתי מכל גוף ציבורי או פרטי בישראל או בחו"ל, לרבות מידע מוועידת התביעות החומריות. כמו כן אני מסכים להעברת פרטי לקופת חולים לצורך קבלת הטבות.

6. הצהרה
אני מצהיר/ה בזאת כי זה שמי וזו חתימתי ותוכן הצהרתי אמת, וכי כל הפרטים שמסרתי הינם נכונים ומלאים. כן אני מצהיר כי ידוע לי כי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם אמסור מידע שאיננו אמת.

7. ולראייה באתי על החתום:

שם	חתימה	תאריך
_____	_____	_____

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

תאריך: _____
ת.ז.: _____
שם: _____

יש לשלוח את המקור בלבד!

אל: משרד האוצר, מחלקת תשלומים, תל אביב.
אני בעל/ת תעודת זהות מספר _____ מבקש/ת לשלם לי את התגמולים ו/או תשלומים
אחרים המגיעים לי לפי החלטה מנהלית לזכות חשבוני בבנק הבא:

כתובת בנק: _____

שם הסניף: _____ חשבון מספר: _____ סמל בנק: _____ סניף: _____

אני מאשר/ת את הפרטים דלעיל ומורה לכם בזאת לפעול על פיהם.

פרטי השותף/ים לחשבון: _____
שם: _____ ת.ז.: _____ כתובת: _____
תאריך _____ חתימת הפונה _____

חתימת השותף/ים לחשבון

רשמנו לפנינו שהעברת הכספים תהא בהתאם לאמור בטופס זה, והרינו מאשרים את התאמת
הפרטים האישיים של הפונה כאמור בטופס זה לנתוני החשבון.

חתימה וחתימת הבנק

הוראות למילוי הטופס:

1. **הטופס ימלא ע"י פקיד הבנק ב-2 עותקים.** עותק אחד ישלח למח' תשלומים באוצר - הרשות לזכויות ניצולי השואה, בנין נצבא רח' יצחק שדה 17, ת.ד. 57380 תל אביב, מיקוד 61572, והעותק השני ישאר בבנק.
2. על הבנק לודא התאמה מלאה בין מס' ת"ז של הפונה למס' ת"ז המופיע בטופס.
3. אם קיימת התאמה יחתמו הפונה ופקיד הבנק על שני עותקי הטופס.
4. אם אין התאמה יפנה פקיד הבנק את הפונה עם הטופס למשרד האוצר.
5. אי התאמה ביתר הפרטים האישיים (שם, כתובת) בטופס לעומת ת.ז. אינה מונעת פתיחת חשבון, עם זאת יש להפנות את הפונה למשרד האוצר, לשם עדכון הפרטים הנכונים.
6. אם יש לפונה חשבון קודם וברצונו להעביר את תגמוליו לחשבון זה - יש למלא את הטופס בהתאם לפרטי חשבון זה.

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות