

תביעה לתגמול

לפי חוק נכי המלחמה בנאצים תשי"ד - 1954

לכבוד
הרשות המוסמכת
רח' יצחק שדה 17, ת.ד. 57380
תל אביב - 6157302

אני החתומה/ה מטה תובעת/ת תגמול לפי חוק נכי המלחמה בנאצים התשי"ד - 1954.

א. פרטים אישיים:

מספר זהות:		שם פרטי בעברית:	שם משפחה בעברית:
שם האב:		שם פרטי בלועזית: (באותיות דפוס)	שם משפחה בלועזית: (באותיות דפוס)
מקום לידה:	ארץ לידה:	תאריך עליה:	תאריך לידה:

כתובת מגורים:

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

חברה/ה בקופת החולים : כללית / לאומית / מכבי / מאוחדת (סמני את הנכון).

ב. פרטים על בני משפחה:

שם	תאריך לידה	התעסקות	כתובת
אשה/בעל			
ילד(ה)			
ילד(ה)			
ילד(ה)			
ילד(ה)			

ג. שרתתי בתקופת מלחמת העולם השנייה, שרות פעיל בצבא _____ של מעצמות הברית/ ביחידה לוחמת במחתרת נגד שלטון עוין.

מתאריך	עד	ביחידה	בתפקיד	מקום השירות	המדינה

מסמכים המעידים על שירותי הנ"ל רצופים בזה : במקור/בתצלום/בהעתק מוסמך/
בתרגום מאושר (מחק את המיותר)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

ד. פרטי החבלה שבגללה הנני תובע/ת תגמול:

הערות	החבלה נגרמה		הפעולה		הפעולה הצבאית שבגינה נחבלתי
	בחלק גוף	ע"י	מקום	תאריך	

נסיבות המקרה (תאר כיצד נפגעת) _____

מסמכים המעידים על חבלה (לרבות תעודות רפואיות והחלטות ועדות רפואיות בפניהן עמדתי בחו"ל).

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

הנני מצהיר/ה בזה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הנם לפי מיטב ידיעתי נכונים ומלאים וכן ידוע לי כי הנני צפוי/ה לעונשים בהתאם להוראות סעיף 26 של החוק הנ"ל בעד מסירת ידיעה כוזבת.

_____ חתימת התובע/ת

_____ תאריך