

CONFERENCE ON JEWISH MATERIAL CLAIMS AGAINST GERMANY, Inc.

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; justify-content: space-around;"> מס' זהות / דרכון </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 10px;">8 9</div> סוג המסמך	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>

**בקשה לוועידת התביעות
(גמלה סיעוד בכסף)**

מילוי טופס זה והליך הגשת הבקשה הוא חנינם ואינו מצריך תשלום כלשהוא לשום גורם. הגשת טופס זה איננה מהווה זכאות לסיוע

מספר זהות ס"ב <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; justify-content: space-around;"> </div>	שם פרטי	שם משפחה
טלפון <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; justify-content: space-around;"> </div>	כתובת	
תאריך עליה	ארץ לידה	תאריך לידה

פרטי בנק (חשבון הבנק אמור לכלול את שמו של ניצול השואה)

שם הבנק	כתובת הסניף	מס' סניף	מס' חשבון

איזה סוג פיצוי קבלת בגין מאורעות השואה

קרנות ועידת התביעות תיק מס' _____
 הרשות לזכויות ניצולי השואה (משרד האוצר) תיק מס' _____
 גרמניה (BEG) תיק מס' _____
 אחר _____ שם הקרן* (יש לצרף מסמכים)

לתשומת ליבך :

- במידה ובקשתך לקבלת גמלה בכסף תאושר ע"י ועידת התביעות אזי :
- 1) הסכום המשולם ע"י ועידת התביעות כולל את שכר העובד וכל ההפרשות הסוציאליות הנדרשות עפ"י חוק.
 - 2) כל החובות התשלומים בגין העסקת המטפל הממומנים ע"י ועידת התביעות הינם **באחריותו המלאה והבלעדית** של מקבל הסיוע.
 - 3) עליך לדווח מידיית בכתב (פי הכתובת שלהלן), לוועידת התביעות על כל שינוי כל שינוי רלוונטי במצבך לרבות: אשפוז בבית חולים או מוסד טיפולי אחר, מעבר לבית אבות וכדומה . במידה וימצא כי לא פעלת כאמור לעיל, עומדת לוועידת התביעות הזכות לתבוע סכומים ששולמו עקב כך חזרה.
 - 4) במידה ולא תקבל אישור על קבלת טופס זה תוך 30 יום מיום שליחתו ו/או לבריורים נוספים ניתן לפנות: 03-5194400 ת.ד. 20005 תל אביב מיקוד 6120001, במייל icfs@claimscon.org, פקס: 03-5335463

ועידת התביעות לא תישא כל אחריות בגין חובות לצד שלישי בכלל ולמטפל בפרט.

ייתור סודיות :

אני מסמיך את ועידת התביעות לקבל ולתת כל מידע אישי הנדרש לצורך קביעת זכאות למימון שעות הסיעוד וביצעו , מכל גוף ממשלתי, ציבורי, או פרטי בישראל או בחו"ל לרבות לקבל, לבדוק ולאמת כל מידע הנדרש לשם כך מכל גורם לרבות ממאגר הרשות לניצולי השואה בישראל, מרשם האוכלוסין במשרד הפנים והמוסד לביטוח לאומי.

הפונה מוותר בזאת על זכותו לסודיות במידה ותיפגע כתוצאה מהשימוש במידע שיתקבל לצורך הסיוע.

אני יודע כי הסיוע הנ"ל אינו מוקנה לי עפ"י דין וניתן לי עפ"י שיקול דעתה של ועידת התביעות בלבד, השומרת לעצמה את הזכות להמשיך, להפסיק או לשנות את הסיוע.

לא תהיה לי כל תביעה כנגד ועידת התביעות בקשר לפנייתי זו.

הנני מצהיר שהפרטים הנ"ל נכונים ומלאים, ידוע לי כי מסירת הצהרת כוזבת ו/או לא מלאה תגרום לביטול זכאותי לסיוע מהקרן לאלתר.

שם פרטי ומשפחה _____ חתימה _____ תאריך _____