

בקשה לתגמולים לעובדי כפייה או לילדים שהתלוו לעבודות כפייה

לידיעתך: מרכז המידע של הרשות לזכויות ניצולי השואה עומד לרשותך בטל' שמספרו: 03-5682651.
ניתן גם לשלוח אליך מתנדב.
בנוסף, 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 לפי חוק נכי רדיפות הנאצים) בהתאם להחלטה המנהלית שניתנה על ידי שר האוצר, ועל כן אני מצהיר:

1. בתקופת מלחמת העולם השנייה (נא לסמן את האפשרות הנכונה) -

נאלצתי לבצע עבודות כפיה.

התלויתי לאחד מהוריי שביצע עבודות כפייה.

זאת, כאשר עבודת הכפייה בוצעה על פי צו שלטוני שהוצא נגד יהודים, במשך תקופה רצופה ומשמעותית כך שהיה צפוי להינתן עונש לולא בוצעו העבודות. נא לפרט:

(תאר את עבודות הכפייה, היכן בוצעו, למשך כמה זמן, האם היה איום בעונש, ועוד).

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

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

חתימה

שם המבקש

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

מדינת ישראל
משרד האוצר



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.

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