

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 אלמן/ה לפי הכנסה או מוגדל לפי הכנסה

לפי חוקים: נכי רדיפות הנאצים תשי"ז 1957/חוק נכי המלחמה בנאצים תשי"ד 1954/חוק הטבות לניצולי שואה התשס"ז 2007

תיק אלמן/אלמנה.....
מס' תיק מנוח.....

א. פרטי האלמן/ה

| | |
|-----------|------------|
| אלמן/ה | פרטי המנוח |
| 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"/> | 1. מעסק עצמאי (כולל משק פעיל) | צדף דו"ח שומה אחרון |
| כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | 2. כשכיר | צדף 6 תלושי משכורת של השנה הקודמת |
| כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | 3. כחבר קיבוץ/מושב שיתופי | צדף אישור מזכירות הקיבוץ על הסכום המדווח למוסד לביטוח לאומי כהכנסה לחבר |
| כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | 4. מבטוח לאומי: <input type="checkbox"/> קצבת זקנה ביחד עם בן/ת זוגי. <input type="checkbox"/> קצבת זקנה <input type="checkbox"/> קצבת שארים <input type="checkbox"/> קצבת נכות כללית <input type="checkbox"/> אחר, פרט | |
| כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | 5. מפנסיה (זכויות שצברתי בתקופת עבודתי) | צדף 6 תלושי פנסיה של השנה הקודמת מיולי עד דצמבר |
| כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | 6. מפנסיית שארים (שלא מבטוח לאומי) ממקום העבודה של בן /בת זוג ז"ל | צדף 6 תלושי פנסיה של השנה הקודמת |
| כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | 7. תגמולים מחו"ל/אחר פרט: _____ | סך _____ לחודש סוג המטבע _____ |
| כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | 8. מהשכרת נכס (שאינה הדירה היחידה בבעלותך) | צדף חוזה שכירות דירה או נכס אחר |
| כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | 9. תוכניות חסכון/קופות גמל/פיקדונות/ניירות ערך שערכן הכולל להיום: | סך _____ ש"ח |

ג. למי שמאושפז במוסד לחולים כרוניים / קשישים / אחר

לתשומת ליבך נכה השוהה במוסד על החשבון המדינה ואין בן משפחה תלוי בו, איננו זכאי לתגמול לפי הכנסה/ מוגדל לפי הכנסה. כמו כן, התגמול הרגיל שלו הוא זכאי יוקטן ב- 75% החל מהחודש הרביעי לשהייתו במוסד וכל עוד הוא שוהה בו.

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.
אני מסכים כי במידה ואמצא זכאי לתגמול לפי הכנסה/מוגדל לפי הכנסה, יועברו פרטיי כולל סכום התגמול לו אהיה זכאי למשרד הבריאות

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