

בקשה לקבלת מענק לניצולי שואה שמקבלים קצבאות מחו"ל

אני הח"מ מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

א. פרטים אישיים

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

תיאור הנרדפות בשואה: _____

ב. קבלת קצבה ממדינת חוץ

הנני מקבל קצבה ממדינת חוץ בשל נרדפותי בשואה, ואינני זכאי למענק או לקצבה ממדינת ישראל בשל נרדפותי.

א. מדינת החוץ: _____ (נא להשלים את שם המדינה).

ב. נא לצרף אסמכתא על קבלת הקצבה.

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

ג. הכנסות

הנני מצהיר שהכנסתי הכוללת, מכל מקור שהוא, אינה עולה על סך של 9,444.09 ₪ לחודש.

נא מלא את הכנסותיך החודשיות, בצירוף אסמכתאות ואישורים רלוונטיים.

נא לסמן X במשבצת המתאימה (גם אם אין הכנסה)	
רנטה / קצבה ממדינת חוץ: _____ ₪ לחודש	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
פנסיה (כולל פנסיה מחו"ל): _____ ₪ לחודש	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
ביטוח לאומי: _____ ₪ לחודש	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
מקור אחר: _____ ₪ לחודש	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

לתשומת לבך - אי המצאת האישורים על הכנסותיך יעכב הטיפול בבקשה

ד. ויתור על סודיות

אני מאשר/ת לרשות לזכויות ניצולי השואה לקבל או למסור כל מידע שהוא בקשר אליי, הנוגע לבקשתי, מכל גוף ציבורי או פרטי אחר בישראל או בחו"ל. אני מוותר/ת בזאת על זכויותיי לסודיות, אשר תפגענה כתוצאה מהשימוש שיעשה במידע.

אני מסכים, כי הרשות לזכויות ניצולי השואה תעביר לקופת החולים, בה אני חבר, את פרטיי הכוללים: שם פרטי, שם משפחה ומספר תעודת זהות, ועל מנת לקבל פטור מדמי ההשתתפות העצמית בגין רכישת תרופות בסל הבריאות וכל הטבה אחרת. בנוסף, אני מסכים כי הקופה תעביר לרשות כל מידע הנוגע אלי הדרוש לרשות לצורך מימוש הפטור ועריכת ביקורת לפי הצורך.

ה. הצהרה

אני מצהיר/ה כי כל הפרטים שמסרתי הינם נכונים ומלאים.

ו. ולראייה באתי על החתום:

שם	חתימה	תאריך
_____	_____	_____

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות