

בקשה לקבלת מענק שנתי לניצולי שואה
לפי סעיף 4 לחוק הטבות לניצולי שואה, תשס"ז-2007

לתשומת לבך:

ככל שתיקבע זכאותך לקבלת מענק שנתי תהיה זכאי גם לקבלת פטור ברכישת תרופות מרשם שבסל שירותי הבריאות.

אני הח"מ, אזרח/ית ותושב/ת ישראל 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:
	תאריך עלייה:	מצב משפחתי:
חבר בקופת החולים: כללית / לאומית / מכבי / מאוחדת (סמן את הנכון)		

כתובת מגורים:

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

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

1. מקומות המגורים שלי מיום הולדתי עד ספטמבר 1939:

מקום	הארץ	משנת	עד שנת

2. בתקופת מלחמת העולם השנייה, 1.9.1939 - 8.5.1945, הייתי במקומות הבאים:

שם המקום	משנת	עד שנת	עבדתי ב...
בגטו			
במחנה ריכוז			
במחנה לעבודת פרך			
בחיי סתר			
במקום אחר			

3. האם קיבלת בעבר פיצוי, מכל גורם שהוא, בקשר עם נרדפותך? אם כן - נא לצרף אסמכתא.

קבלת פיצוי כאמור עשויה לסייע לך בהוכחת זכאותך לקבלת המענק (למשל: תגמול חד פעמי לעובדי כפייה / תגמול בשל שלילת חירות/ תגמול בשל טלאי צהוב / תגמול בשל הפסקת לימודים וכיו"ב).

4. האם אתה מקבל קצבה חודשית בשל נרדפותך:

קצבה תלת חודשית מועידת התביעות (930 אירו לשלושה חודשים)?
כן / לא

קצבה חודשית אחרת בשל רדיפות הנאצים בסכום העולה על 1,000 ₪?
כן / לא

5. נא לפרט קורותיך בזמן הרדיפות תוך פירוט האירועים והנסיבות:

ב. מסמכים אשר יש לצרף לבקשה:

1. צילום מלא של תעודת זהות (כולל הספח).
2. אם קיים אפוטרופוס, יש לצרף צו למינוי אפוטרופוס.
3. אם קיבלת בעבר פיצוי כלשהו על נרדפותך – נא לצרף אסמכתא.

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

ג. ויתור על סודיות

אני מאשר/ת לרשות לזכויות ניצולי השואה לקבל או למסור כל מידע שהוא בקשר אליי, הנוגע לתביעתי, במשרדי הממשלה השונים, או מכל גוף ציבורי או פרטי אחר בישראל או בחו"ל, לרבות מידע מועדת התביעות אשר יכלול בין היתר את כל פרטי האישיים, היסטוריית הרדיפות וכל התשלומים שהתקבלו מהקרנות השונות שבניהולה.

אני מוותר/ת בזאת על זכויותי 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, וזאת על מנת לקבל פטור מדמי ההשתתפות העצמית בגין רכישת תרופות בסל הבריאות וכל הטבה אחרת מתוקף הכרה בזכאותי לפי תביעה זו. בנוסף, אני מסכים כי הקופה תעביר לרשות כל מידע הנוגע אלי הדרוש לרשות לצורך מימוש הפטור ועריכת ביקורת ומעקב לפי הצורך.

ד. חשבון בנק

אני מאשר כי המענק ישולם מדי שנה לחשבון הבנק שפרטיו מופיעים בטופס אותו אשלח לרשות. כמו כן אני מתחייב לעדכן אודות כל שינוי שיחול בעתיד בקשר עם פרטי חשבון הבנק האמור.

ה. הצהרה

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

ו. ולראייה באתי על החתום:

שם	חתימה	תאריך
_____	_____	_____

נספח א – פרטי חשבון בנק

שם:
תאריך:
ת.ז.:

לכבוד
הרשות לזכויות ניצולי השואה
משרד האוצר
מחלקת תשלומים

הנדון: פרטי חשבון בנק

אני _____ בעל/ת תעודת זהות מספר _____ מבקש/ת לשלם לי את התשלומים המגיעים לי לפי

דין, לזכות חשבוני בבנק הבא:

שם הסניף: _____ חשבון מספר: _____ סמל בנק: _____ סניף: _____

אם קיים שותף/ים לחשבון נא למלא פרטיהם:

שם השותף _____ ת.ז.: _____

שם השותף _____ ת.ז.: _____

אני מאשר/ת את הפרטים דלעיל ומורה לכם בזאת לפעול על פיהם.

_____ חתימת הפונה

_____ תאריך

הפרטיות הגנת חוק פי על מוגן מידע

כתובת: בנין נצבא, רח' יצחק שדה 17 קומה 6, תל-אביב ת"ד 57380, מיקוד 6157302

טלפון: 03-5682651 או *5105 מייל: info@shikum.mof.gov.il

אתר אינטרנט: <https://www.gov.il/he/departments/holocaust-survivors-rights>