

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.....  
 מח' תיק מנוח

א. פרטי האלמן/ה

| פרטי המנוח | אלמן/ה |           |
|------------|--------|-----------|
|            |        | שם המשפחה |
|            |        | שם פרטי   |
|            |        | מס' זהות  |

כתובת: רח' \_\_\_\_\_ מס': \_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_ טל' \_\_\_\_\_  
 נ"ד \_\_\_\_\_

ב. פרטים על הכנסות

| אישורים נדרשים  | פירוט הסכומים ברוטו   | סמן X במשבצת המתאימה   |
|---|-----------------------|--|
| צרף דו"ח שומה אחרון   | סך _____ ש"ח<br>לשנה  | 1. מעסק עצמאי (כולל משק פעיל)<br><input type="checkbox"/> כן<br><input type="checkbox"/> לא  |
| צרף 6 תלושי משכורת של השנה הקודמת                                       | סך _____ ש"ח<br>לחודש | 2. כשכיר<br><input type="checkbox"/> כן<br><input type="checkbox"/> לא   |
| צרף אישור מזכירות הקיבוץ על הסכום המדווח למוסד לביטוח לאומי כהכנסה לחבר | סך _____ ש"ח<br>לחודש | 3. כחבר קיבוץ/מושב שיתופי<br><input type="checkbox"/> כן<br><input type="checkbox"/> לא  |
|   |                       | 4. מבטוח לאומי:<br><input type="checkbox"/> קצבת זקנה ביחד עם בן/ת זוגי.<br><input type="checkbox"/> קצבת זקנה<br><input type="checkbox"/> קצבת שארים<br><input type="checkbox"/> קצבת נכות כללית<br><input type="checkbox"/> אחר, פרט<br><input type="checkbox"/> כן<br><input type="checkbox"/> לא |
| צרף 6 תלושי פנסיה של השנה הקודמת מיולי עד דצמבר                         | סך _____ ש"ח<br>לחודש | 5. מפנסיה (זכויות שצברתי בתקופת עבודתי)<br><input type="checkbox"/> כן<br><input type="checkbox"/> לא  |
| צרף 6 תלושי פנסיה של השנה הקודמת  | סך _____ ש"ח<br>לחודש | 6. מפנסיות שארים (שלא מבטוח לאומי) ממקום העבודה של בן /בת זוג ז"ל<br><input type="checkbox"/> כן<br><input type="checkbox"/> לא  |

8044 טופס מבחן הכנסות לאלמן/ה

מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

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>

|                                    |                                |  |  |
|------------------------------------|--------------------------------|--|--|
|                                    | סך _____<br>לחודש<br>סוג המטבע | 7. תגמולים מחו"ל/אחר<br>פרט:   | כן <input type="checkbox"/><br>לא <input type="checkbox"/> |
| צרף חוזה שכירות דירה או נכס<br>אחר | סך _____ ש"ח<br>לחודש          | 8. מהשכרת נכס (שאינה הדירה היחידה<br>בבעלותך)                          | כן <input type="checkbox"/><br>לא <input type="checkbox"/> |
|                                    | סך _____ ש"ח                   | 9. תוכניות חסכון/קופות<br>גמל/פיקדונות/ניירות ערך שערך הכולל<br>להיום: | כן <input type="checkbox"/><br>לא <input type="checkbox"/> |

**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

8044 טופס מבחן הכנסות לאלמן/ה

מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

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>

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