מדינת ישראל
משרד האוצר

בקשה לקבלת מענק שנתי לניצולי שואה

לפי סעיף 4 לחוק הטבות לניצולי שואה, תשס"ז-2007

לתשומת לבך כי זכאות לקבלת המענק השנתי כוללת זכאות אוטומטית 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

הרשות לזכויות ניצולי השואה

מדינת ישראל
משרד האוצר

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...
במקום				
בגטו				
במחנה ריכוז				
במחנה לעבודת פרך				
בחיי סתר				

3. האם קיבלת פיצוי כלשהו בקשר עם נרדפותך? יצוין בקבלת תגמול כאמור יש כדי להוכיח זכאותך לקבלת מענק לפי הסעיף האמור (למשל: תגמול חד פעמי לעובדי כפייה / תגמול בשל שלילת חירות/ תגמול בשל טלאי צהוב / תגמול בשל הפסקת לימודים וכיו"ב). **אם כן - נא לצרף אסמכתא.**

4. לתשומת לבך - תנאי לזכאות למענק שנתי הוא כי אינך מקבל קצבה חודשית מהסוגים המפורטים להלן או קצבה בשל רדיפות הנאצים בסכום העולה על 1,000 ₪.

<u>האם אתה מקבל:</u>

קצבה חודשית לפי ההסכם עם גרמניה (קרן סעיף 2)? כן / לא

קצבה חודשית מכוח סעיף 3 לחוק הטבות לניצולי שואה תשס"ז-2007? כן / לא

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

נא לפרט קורותיך בזמן הרדיפות תוך פירוט האירועים והנסיבות:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

ב. <u>מסמכים אשר יש לצרף לבקשה:</u>

1. צילום מלא של תעודת זהות (כולל הספח).
2. אם קיים אפוטרופוס, יש לצרף צו למינוי אפוטרופוס.

ג. <u>ויתור על סודיות</u>

אני מאשר/ת לרשות לזכויות ניצולי השואה לבדוק בכל התיקים הרלוונטיים המתייחסים אלי ולקבל או למסור כל מידע שהוא, הנוגע לתביעתי במשרדי הממשלה השונים, או מכל גוף ציבורי או פרטי אחר בישראל או בחו"ל, לרבות מידע מועידת התביעות או אליה.

ידוע לי כי בחתימתי זו אני מאשר לועידת התביעות למסור לרשות לזכויות ניצולי השואה, או למי מטעמה, את כל הפרטים האישיים המצויים בידה ונוגעים לתביעתי, בין היתר, שם, כתובת, פרטי בנק, היסטוריית רדיפות ורשימת התשלומים אשר נתקבלו מהקרנות השונות שבניהולה.

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, וזאת על מנת לקבל פטור מדמי ההשתתפות העצמית בגין תרופות בסל הבריאות וכל הטבה אחרת מתוקף הכרה בזכאותי לפי תביעה זו.*

(* לתשומת לבך: ככל שברצונך שהמידע האמור לא יועבר לקופת החולים אתה רשאי להודיע על כך בכתב לרשות או לפנות למרכז המידע, ואז לא תהנה מהפטור האמור).

ד. <u>הצהרה</u>

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי הינם נכונים ומלאים וכי ידוע לי כי אהיה צפוי/ה לעונשים

אני מתחייב/ת להחזיר את כל הכספים אשר אקבל בגין בקשה זו אם יתברר בשלב מאוחר יותר כי איני עומד בתנאי הזכאות לקבלת ההטבות.

ה. <u>ולראייה באתי על החתום:</u>

שם	חתימה	תאריך
_____	_____	_____

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות