



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגימלאות



משרד הבריאות

## טופס פניה לאיתור שם וקבלת מידע מגנזך המדינה

(בהתאם להודעת משרד הבריאות בנוגע לחוק פיצוי לנפגעי פוליו, התשס"ז-2007)

אני הח"מ \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_ שאלה הם פרטי:

**פרטי הפונה: (יש למלא את כל הפרטים הידועים לך, בכתב ברור)**

שם פרטי: ..... שם פרטי נוסף: .....

שם משפחה: ..... שם משפחה קודם: .....

כתובת: .....

כתובת למשלוח דואר (אם שונה): .....

כתובת דואר אלקטרוני (באותיות דפוס): .....

טלפון: ..... סלולרי: .....

תאריך לידה: ..... תאריך לידה עברי: .....

ארץ לידה: ..... תאריך עליה: .....

שם האם: ..... שם האב: .....

המועד בו חלית בפוליו (גם משוער): .....

כתובת מגוריך במועד בו חלית בפוליו: .....

פרטי המרפאה/בית חולים בה טופלת כשחלית בפוליו: .....

פרטים נוספים הידועים לך אודות הטיפול: .....

.....

**(הערה:** מסירת פרטים מלאים ככל שניתן וככל שידועים לך תקל עלינו לאתר עבורך את החומר הרלוונטי ולוודא כי המידע אכן מתייחס אליך).

פונה בבקשה למשרד הבריאות לבדוק אם שמי מופיע ברשימת השמות המופיעים בתיקים בנושא פוליו שבארכיון המדינה. אם שמי מופיע ברשימה - אני מבקש לנסות לאתר עבורי את החומר בו מופיע שמי



## המוסד לביטוח לאומי מינהל הגימלאות

בהקשר זה בגנזך המדינה, לוודא ככל שניתן כי אכן מדובר בפרטים שלי (ולא של אדם אחר בעל שם זהה או דומה) ולהעביר העתק המסמכ/ים בהם שמי מופיע, לידי. ידוע לי כי יתכן ואקבל מסמכים מהם ימחקו שמות אחרים המופיעים בהם.

חתימה:

.....

תאריך:

.....