



משרד הבריאות

טופס 1

[תקנה 2 (א)]

תביעה למענק שאירים לפי החוק לפיצוי נפגעי גזת, ה'תשנ"ד-1994

חלק א'

(1) פרטי התובע/ת

שם התובע/ת: _____ מס' ת.ז. _____
קירבה לאדם שמכוחו נתבע המענק _____ (להלן – המנוח/ה).
לתובע/ת שהיה/תה בן/בת זוגו של המנוח/ה בעת פטירתו/ה, האם נישא/ה מחדש לאחר פטירת המנוח/ה:
כן / לא (מחקי את המיותר)

כתובת: ישוב/עיר _____ רחוב _____ מס' בית _____
מס' דירה _____ מיקוד _____ מס' טלפון _____ / _____

(2) פרטי המנוח/ה

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ מס' ת.ז. _____
תאריך פטירה _____ מקום פטירה _____

(3) פרטים על הילדים

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	תאריך לידה
_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	____/____/____

(4) מס' חשבון הבנק של תובע/ת המענק

שם הבנק _____ שם הסניף _____
מס' חשבון בנק _____ כתובת סניף הבנק _____

חלק ב'

(א) למנוח/ה ניתן, למיטב ידיעתי, טיפול בהקרנה בתקופה שמיום _____ ועד יום _____
לשם טיפול במחלת הגזת שבה חלה או לשם מניעת מחלת הגזת,
על ידי _____ ב - _____
(הגוף המטפל) (המקום)

(ב) 1. המחלה שבה חלה/תה המנוח/ה כתוצאה מטיפול בהקרנות שקיבל/ה אובחנה
בידי _____ בתאריך _____
(הרופא / המוסד הרפואי)

2. למיטב ידיעתי, נפטר/ה המנוח/ה מן המחלה: כן / לא (מחקי את המיותר)

(ג) רצ"ב מסמכים ואישורים להוכחת תביעה כמפורט להלן :

1. _____
2. _____
3. _____

(ד) 1. אין לי כל תביעה אחרת בשל העילות המנויות בחוק , לא הגשתי תביעה לבית המשפט בשל העילות המנויות בחוק.

2. אני מצהיר /ה כי למיטב ידיעתי לא הוגשה בידי המנוח /ה או אדם אחר תביעה לבי ת משפט בשל העילות המנויות בחוק.

(ה) בשל המחלה שבה חלה/תה המנוח/ה כאמור לעיל כתוצאה מהטיפול בהקרנות שניתנו כאמור :

- הוגשה, למיטב ידיעתי, תביעה ב _____
מס' תיק בבית משפט, נגד _____
פסק הדין בתיק ניתן ביום _____ לפי _____
- לא הוגשה תביעה.

תצהיר התובע

אני הח"מ _____ בעל/ת ת.ז. _____ לאחר _____
שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפוי /ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן ,
מאשר/ת בזה כי כל שנאמר בכתב תביעה זה הוא אמת.

חתימה

תאריך

אישור

אני עו"ד _____ מאשר/ת כי ביום _____ הופיע/ה בפני _____
שהזדהה/תה בתעודת הזהות מס' _____ ולאחר שהוזהרתי/ה כי עליו/ה להצהיר את
האמת וכי אם לא /תעשה כן /תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

חתימת וחותמת עו"ד /
מזכיר בית משפט

תאריך

נספח השלמת פרטים אישיים – תביעת שאירים

ישוב מגורים בעת עליית
המנוח

ארץ לידת
המנוח

שם פרטי קודם
של המנוח

שם משפחה קודם
של המנוח

ארץ לידת אב המנוח

שם אב קודם של המנוח

שם אב המנוח

← מספרי טלפון נוספים: מס' טלפון נייד

מס' טלפון בעבודה

מס' פקס

← ציין מס' תיבת דואר (במידה וקיים)

חשוב כהשלמת כתובת בפרט בישובים שבהם קיימים מרכזי חלוקת דואר באמצעות תיבות דואר.

← האם קיבל המנוח את הטיפול במחנה מעבר? לא / כן

שם המחנה: _____ שם הארץ בו נמצא המחנה: _____

← יש לציין שמות בני משפחה אשר טופלו יחד עם המנוח:

שם פרטי	שם משפחה	מס' תעודת זהות	קירבה

← באפשרותך לצרף מכתב אישי לטופס התביעה.

אני החתום מטה מצהיר/ה בזה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים.

חתימה

תאריך