

אדון / גברת נכבד/ה,

הנדון: בקשה לקבלת פטור מתשלום עבור תרופות

על מנת שנוכל לבדוק זכאותך הנך מתבקש:

1. למלא ולחתום על הבקשה המצורפת
2. לצרף לבקשה:
 - א. צילום קריא של תעודת הזיהוי.
 - ב. אישור המעיד על קבלת תשלום בשל הנרדפות בשואה מגרמניה, מוועידת התביעות או ממדינת חוץ אחרת. קצבה או מענק חד פעמי.
 - ג. אם התביעה מוגשת ע"י עורך דין, נא לצרף יפוי כוח.

נציגי מרכז מידע עומדים לרשותך במתן הדרכה בכל הקשור במילוי הטפסים. מידע נוסף ניתן לקבל במרכז המידע של הרשות בתל – אביב, ירושלים וחיפה.

להלן מספרי הטלפון ושעות קבלת קהל במרכזי המידע שלנו:

כתובת	טלפונים	עיר
רח' יצחק שדה 17, ת"ד 57380, מיקוד 6157302	03-5682651 או *5105	תל אביב
רח' פל-ים 7, ת"ד 141, מיקוד 3100101	04-8640838/9	חיפה
רח' יפו 236 פינת רח' ירמיהו, מיקוד 9438317 (ליד סנטר 1) בניין דניאל	02-5018465/6	ירושלים

קבלת קהל :

כל יום בין השעות 15:00 – 8:30, פרט לימי ג' ו- ו'

כתובת אתר האינטרנט של הרשות לזכויות ניצולי השואה: <http://mof.gov.il/hrights>

בכבוד רב,

אברמי טורם

מנהל הרשות לזכויות ניצולי השואה

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>

בקשה לקבלת פטור מתשלום עבור תרופות

לכבוד

הרשות המוסמכת

רח' יצחק שדה 17, ת.ד. 57380

תל אביב 6157302

אני החתום מטה מבקש/ת לקבל פטור מתשלום עבור תרופות
הצהרתי זו ניתנת בקשר לבקשתי. ידוע לי כי אהיה צפוי(ה) לעונש בהתאם לחוק, בעד מסירת הצהרה כוזבת,
ואני מצהיר(ה) בזאת כדלהלן:

שם המשפחה _____ שם פרטי _____ לבית _____
תעודת זיהוי מס' _____ שם האב _____ שם האם _____
שם משפחת האם לפני הנישואין _____ נולדתי בתאריך _____ בארץ _____
במקום _____
מצב משפחתי: רווק / נשוי / גרוש / אלמן/ _____
שם בן / בת הזוג _____
כתובתי הנוכחית: _____
טלפון: _____
עליתי לישראל בתאריך _____
חבר בקופת החולים: כללית / לאומית / מכבי / מאוחדת (סמן את הנכון).

פירוט קורותיי בתקופת השואה:

קיבלתי תשלום בקשר עם נרדפותי בשואה, כדלהלן:

- קיבלתי תשלום חודשי או חד פעמי ממוסדות הפיצויים של גרמניה (הקף בעיגול את התשובה) כן / לא
- קיבלתי תשלום חודשי או חד פעמי ממדינת חוץ אחרת (הקף בעיגול את התשובה) כן / לא
אם כן – נא פרט מאיזו מדינה _____
- קיבלתי תשלום חודשי או חד פעמי מוועידת התביעות החומריות של יהודים נגד גרמניה ("ועידת
התביעות") (הקף בעיגול את התשובה) כן / לא
מצורף אישור על קבלת תשלום כאמור.

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>

מדינת ישראל
המשרד לשוויון חברתי

הרינו לתשומת לבך כי ככל שהנך מקבל הנחה מסוימת ברכישת תרופות מכוח הסדר אחר (למשל – הנחה למקבלי גמלת הבטחת הכנסה), הפטור יינתן בהשלמה להנחה שכבר ניתנת לך.

הנני מצהיר(ה) כי הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים, ואני חותם(ת) על הצהרתי זו מרצוני הטוב.

תאריך ההצהרה

חתימת התובע(ת)

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>

מדינת ישראל
המשרד לשוויון חברתי

כתב ויתור על סודיות

אני הח"מ _____ ת.ז. _____ נותן בזאת רשות לכל גורם רלוונטי לרבות המוסד לביטוח לאומי, ועידת התביעות היהודיות החומריות כנגד גרמניה, מוסדות הפיצויים הגרמניים, כל מדינת חוץ רלוונטית אחרת, וכן כל מוסד רפואי או קופת חולים (להלן: "נותני המידע") למסור לרשות לזכויות ניצולי השואה במשרד לשוויון חברתי (להלן: "הרשות") ולמי מטעמה, את כל המידע עלי המצוי בידי נותני השירות. בכלל זה כל מידע שיהיה רלוונטי לכל זכות נוספת שעשויה להינתן לי בעתיד, לפי כל דין, לרבות לצורך בדיקת זכאותי לזכות כאמור.

הנני משחרר את נותני השירות מחובת שמירה על סודיות ולא תהיה לי כלפיכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר לאמור בכתב ויתור סודיות זה.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע שברשותכם וברשות נותני השירות.

חתימה

תאריך

הסכמה להעברת פרטים לקופת חולים

אני מסכים, כי הרשות לזכויות ניצולי השואה תעביר לקופת החולים, בה אני חבר, את פרטי 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, ככל שאוכר כזכאי.

חתימה

תאריך

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>