



מדינת ישראל  
המשרד לשוויון חברתי  
הרשות לזכויות ניצולי השואה

תאריך: \_\_\_\_\_

לכבוד: הרשות לזכויות ניצולי השואה

מחלקת תביעות

הנדון: בקשה להכרה במחלה נוספת

שם: \_\_\_\_\_  
מס' תיק: \_\_\_\_\_  
ת.ז.: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_  
טלפון: \_\_\_\_\_

הנני פונה אליכם בבקשה להכיר לי במחלות הנוספות הבאות:

---

---

---

---

---

---

רצ"ב מסמכים רפואיים המפרטים את המחלות הנ"ל ומציינים את תאריך הופעת המחלה לראשונה.

בכבוד רב,

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>