

בקשה לסיוע חודשי למקבלי רנטה מגרמניה (BEG)

טופס זה מיועד לניצולי שואה תושבי ישראל אשר מקבלים רנטה חודשית מגרמניה, בהתאם לחוק הפיצויים הפדראלי הגרמני (BEG).

בהתאם לסיכום בין הרשות לזכויות ניצולי השואה ובין גרמניה יינתן סכום סיוע חודשי נוסף נוכח זכויות הקיימות בהסדר הישראלי.

סכום הפיצוי החדש יקבע לפי גובה הרנטה המשולמת לך מגרמניה, וזאת לפי סכומה נכון ל-1 ביולי 2019, לפי הטבלה הבאה:

גובה הרנטה החודשית נכון ל-1 ביולי 2019 (באירו)	סכום הסיוע החדש (באירו)
0-600	400
601-700	300
701-800	250
801-900	200
901-1,000	150
1,001 ומעלה	100

לתשומת ליבכם – סכום הסיוע ישולם בשקלים חדשים.

אני הח"מ, תושב/ת ישראל, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

א. פרטים אישיים

שם משפחה בעברית:	שם פרטי בעברית:	מספר זהות:
שם משפחה בלועזית:		שם פרטי בלועזית:
אני מקבל/ת קצבה חודשית מגרמניה, בהתאם לחוק הפיצויים הגרמני (BEG): כן / לא		
סכום הרנטה החודשית: _____ (אירו)		
דרגת הנכות: % _____ (אופציונלי, במידה וקיימת)		

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>

ב. כתובת מגורים

רחוב:	מס' בית:	כניסה:	מס' דירה:	ישוב/עיר:
מיקוד:	טלפון:	מספר טלפון נוסף:		
כתובת דוא"ל (אם יש):				

ג. מסמכים אשר יש לצרף

1. אם קיים אפוטרופוס, יש לצרף צו מינוי בתוקף.
2. אישור עדכני על גובה הרנטה מגרמניה נכון ליום 1.7.19, כפי שנשלח אליך מרשויות הפיצויים של גרמניה (לתשומת ליבך, העדכון האחרון בגובה הרנטה הגרמנית חל בחודש מאי 2019).
לתשומת ליבך – ללא צירוף המסמך לא ניתן יהיה לטפל בבקשה.
3. צילום מלא של תעודת הזהות (כולל הספח).
לתשומת ליבך – ככל שהנדך מוכר ברשות לזכויות ניצולי השואה אין צורך לצרף צילום ת"ז.

ד. הסכמה למסירת מידע

ידוע לי שמקורם של הכספים המועברים אליי הינו במשרד האוצר הגרמני.
לפיכך, אני מאשר/ת לרשות לזכויות ניצולי השואה למסור כל מידע הנוגע לבקשתי או לפרטיי האישיים, לממשלת גרמניה או לגורם מטעמה, לצורך ביקורת עבור תכנית הסיוע, וכן לקבל מכל גוף כל מידע הנוגע לבקשתי זו.
הרשאתי למסירת מידע ניתנת לצורך קבלת כל הטבה, קיימת ועתידית, שאני עשוי/ה להיות זכאי/ת לה.

ה. חשבון בנק

אני מאשר/ת כי סכום הסיוע ישולם מדי חודש לחשבון הבנק שפרטיו מופיעים בטופס **המצ"ב**.
לתשומת ליבך – ככל שהנדך מוכר ברשות לזכויות ניצולי השואה אין צורך במילוי הטופס.

ו. הצהרה

אני מצהיר/ה כי כל הפרטים שמסרתי הינם נכונים ומלאים.
ידוע לי כי סיוע זה ניתן לפנים משורת הדין, וכי לא חלים עליו חוקי הפיצויים הגרמני או הישראלי.
ידוע לי כי מדובר בכספים המועברים לרשות לזכויות ניצולי השואה ממשרד האוצר הגרמני, וכי המשך הסיוע מותנה בקבלת הכספים לידי הרשות, ולא תהיה לי כל טענה באם יופסק מתן הסיוע.

ז. ולראייה באתי על החתום:

שם _____ חתימה _____ תאריך _____

מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

כתובת: בנין נצבא, רח' יצחק שדה 17 קומה 6, תל-אביב ת"ז 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

שם:
תאריך:
ת.ז.:

לכבוד
הרשות לזכויות ניצולי השואה
המשרד לשוויון חברתי
מחלקת תשלומים

הנדון: פרטי חשבון בנק

אני _____ בעל/ת תעודת זהות מספר _____ מבקש/ת לשלם לי את התשלומים
לזכות חשבוני בבנק הבא:

שם הסניף: _____ חשבון מספר: _____ סמל בנק: _____ סניף: _____

במידה וקיים שותף/ים לחשבון נא למלא פרטיהם:

שם השותף _____ ת.ז.: _____

שם השותף _____ ת.ז.: _____

אני מאשר/ת את הפרטים דלעיל ומורה לכם בזאת לפעול על פיהם.

_____ חתימת הפונה

_____ תאריך

נא לצרף לטופס זה:

המחאה מקורית מבוטלת או צילום המחאה או אישור ניהול חשבון בנק חתום ומאושר ע"י הבנק.

את הטופס המלא יש לשלוח למח' תשלומים - הרשות לזכויות ניצולי השואה, בדואר או בפקס או במייל:

כתובת: בנין נצבא רח' יצחק שדה 17, ת.ד. 57380 תל אביב, מיקוד 6157302.

פקס: 03-5682618

דוא"ל: info@shikum.mof.gov.il

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>