

מדינת ישראל
המשרד לשוויון חברתי
הרשות לזכויות ניצולי השואה

תאריך: _____

שם: _____

מס' תיק: _____

ת.ז.: _____

כתובת: _____

טלפון: _____

הנדון: בקשה לוועדה רפואית

עקב החמרה שחלה במחלות _____, שהוכרו על ידכם, אבקש לדון בהן בוועדה.

רצ"ב מסמכים רפואיים.

לתשומת לבך, אתה רשאי לבקש כי הוועדה הרפואית תקבע את דרגת נכותך עפ"י המסמכים הרפואיים ללא נוכחותך.

במידה והנך מעוניין בקיום ועדה ללא נוכחותך נא סמן X.

מעוניין בקיום ועדה רפואית ללא נוכחותי.

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>