

אדון / גברת נכבד/ה,

הנדון: תביעה לפי חוק נכי רדיפות הנאצים, התשי"ז – 1957

על מנת שנוכל לבדוק זכאותך עפ"י החוק הנך מתבקש:

1. למלא ולחתום על התביעה המצורפת, על נספחיה.
2. לצרף לתביעה:
  - א. מסמכים רפואיים המוכיחים את קיום המחלה הנטענת ואת הקשר הסיבתי שבינה לבין הרדיפות.
  - ב. צילום קריא של תעודת הזיהוי.
  - ג. אישור השלטונות הגרמניים על תשלום פיצויים בגין "שלילת חרות" (FSB + עדויות).
  - ד. אם התביעה מוגשת ע"י עורך דין, נא לצרף ייפוי 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
יצחק שדה 17, ת.ד. 57380, מיקוד 6157302	03-5682651 או *5105	תל אביב
פל-ים 7, ת.ד. 141 מיקוד 3100101	04-8640838	חיפה
	04-8640839	
בנין מגדל דניאל (ליד סנטר 1), יפו 236 פינת ירמיהו מיקוד 9438317	02-5018466	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](mailto:info@shikum.mof.gov.il)

אתר אינטרנט: <https://www.gov.il/he/departments/holocaust-survivors-rights>

תיק מס' \_\_\_\_\_

תביעה לתגמול

לפי חוק נכי רדיפות הנאצים, התשי"ז - 1957

לכבוד

הרשות המוסמכת

רח' יצחק שדה 17, ת.ד. 57380

תל אביב 6157302

אני החתום מטה תובע/ת תגמול לפי חוק נכי רדיפות הנאצים, התשי"ז - 1957.

הצהרתי זו ניתנת בקשר לתביעתי. ידוע לי כי אהיה צפוי(ה) לעונש בהתאם לחוק, בעד מסירת הצהרה כוזבת, ואני מצהיר(ה) בזאת כדלהלן:

1. שם המשפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ לבית \_\_\_\_\_ שם משפחת תעודת זהו מס' \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ שם האם \_\_\_\_\_ שם משפחת האם לפני הנישואין \_\_\_\_\_ נולדתי בתאריך \_\_\_\_\_ בארץ \_\_\_\_\_ במקום \_\_\_\_\_ רווק / נשוי / גרוש / אלמן \_\_\_\_\_ שם בן / בת הזוג \_\_\_\_\_ כתובתי הנוכחית: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ עליתי לישראל בתאריך \_\_\_\_\_ כנתין מדינת \_\_\_\_\_ כמחוסר נתינות / כפליט \_\_\_\_\_ חבר בקופת החולים: כללית / לאומית / מכבי / מאוחדת (סמן את הנכון).

קיבלתי פיצויים ממוסדות הפיצויים של גרמניה (הקף בעיגול את התשובה) כן / לא

2. פרטים על הילדים שלי:

שם	תאריך לידה	מקום לידה

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>

3. מקומות המגורים שלי מיום הולדתי עד ספטמבר 1939:

מקום	הארץ	משנת	עד שנת

4. בתקופת מלחמת העולם השנייה, 1.9.1939 - 8.5.1945, הייתי במקומות הבאים:

שם המקום	משנת	עד שנת	עבודתי ב...
במקום			
בגטו			
במחנה			
במחנה			
בחיי סתר			

5. בתקופה זו ועקב הרדיפות, נגרמו לי המחלות או החבלות כדלקמן:


נא לפרט קורותיך בזמן הרדיפות תוך פירוט האירועים והנסיבות:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

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>

6. לאחר תום מלחמת העולם השנייה גרתי:

במחנה עקורים (D.P.Lager) בארץ \_\_\_\_\_ מ - \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_  
ב - 1.1.1947 הייתי ב - \_\_\_\_\_

7. בישראל ובחוץ לארץ הייתי מאושפז(ת) במוסדות רפואיים, או במוסדות לנכים הבאים:

שם המוסד	בגלל מחלה	משנת	עד שנת

8. לאחר יום כ"ז באדר תשי"ד (1 באפריל 1954) הייתי בחוץ-לארץ, כן / לא \_\_\_\_\_

(נא להתייחס רק לתקופות של מעל שנה)

בארץ	משנת	עד שנת	המטרה

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

מדינת ישראל  
המשרד לשוויון חברתי

נספח א'

הצהרה על תגמול ממקור נוסף

אני הח"מ: \_\_\_\_\_ מצהיר/ה בזה לאמור:

א. ידוע לי, כי נכה שנפסקו לזכותו תגמולים לפי חוק נכי רדיפות הנאצים, והוא זכאי לקצבה/ מענק בגלל נכותו מכל מקור אחר, חייב/ת להודיע על כך לרשות בכתב תוך שלושה חודשים מיום הגשת התביעה.

בסעיפים הבאים נא להקיף את התשובה הנכונה

ב. הגשתי לגרמניה תביעה לפיצויים עבור שלילת חופש  
לא

הגשתי לגרמניה תביעה לפיצויים עבור נזק בבריאות  
לא

קיבלתי פיצויים עבור שלילת חופש

קיבלתי פיצויים עבור נזק בבריאות ממוסדות הפיצויים בגרמניה

ג. הנני מקבל/ת כיום פיצויים עבור נזק בבריאות ממוסדות הפיצויים בגרמניה

ד. הנני מקבל/ת כיום תגמול מוועידת תביעות מקרן סעיף 2 (תשלום בסך 930 אירו)

ה. קיבלתי בעבר תגמול מוועידת תביעות מקרן סעיף 2

ו. קיבלתי תגמול חד פעמי בשל שהות במחנה ריכוז, בגטו, או במחנה  
שעבדו בו בעבודת פרך

אני מצהיר(ה) כי זה שמי וזו חתימתי ותוכן הצהרתי זו אמת, וכי ידוע לי כי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק בגין מסירת ידיעות כוזבות.

ולראיה באתי על החתום ביום \_\_\_\_\_ לחודש \_\_\_\_\_ לשנת \_\_\_\_\_

חתימת המצהיר/ה

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

נספח ב'

הנדון: בקשה לקיום וועדה רפואית ללא נוכחות

לתשומת ליבך, ניתן לזרז את הטיפול בתביעתך וזאת אם הינך מאשר את הסכמתך לכך כי הוועדה הרפואית תקבע את דרגת נכותך על פי המסמכים הרפואיים שהמצאת וללא נוכחותך. הכול בכפיפות לכך שהרשות תכיר בך כנכה על פי החוק שבנדון ובמחלתך כקשורה ברדיפות. אם הינך מסכים לאמור לעיל, נבקשך לחתום על בקשה זו ולהמציאה יחד עם מסמכי התביעה.

תאריך	מס' תעודת זהות	שם פרטי ומשפחה	חתימה
-------	----------------	----------------	-------

נספח ג'

מדינת ישראל  
המשרד לשוויון חברתי  
הרשות לזכויות ניצולי השואה

כתב ויתור על סודיות

אני הח"מ \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ נותן בזאת רשות לכל רופא ו/או עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או כל גורם אחר, לרבות אך מבלי למעט, למוסד לביטוח לאומי, למשרד הביטחון, לשלטונות צה"ל, לוועידה בנוגע לתביעות יהודיות חומריות כנגד גרמניה (ועידת התביעות), למוסדות הפיצויים הגרמניים (להלן: "נותני השירות") למסור לרשות לזכויות ניצולי השואה במשרד האוצר (להלן: "הרשות") ו/או לכל מי מטעמה, את כל המידע עלי המצוי בידי נותני השירות הנ"ל.

הנני משחרר את נותני השירות הנ"ל מחובת שמירה על סודיות ולא תהיינה לי אליכם 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.

כמו כן, אני מסכים, כי הרשות לזכויות ניצולי השואה תעביר לקופת החולים, בה אני חבר, את פרטיי 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.\*

(\* לתשומת לבך: ככל שברצונך שהמידע האמור לא יועבר לקופת החולים אתה רשאי להודיע על כך בכתב לרשות או לפנות למרכז המידע, ואז לא תהנה מהפטור האמור).

תאריך	חתימה
-------	-------

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>