

אל: הרשות לזכויות ניצולי שואה רח' יצחק שדה 17 ת.ד. 57380 ת"א 6157302, מרכז מידע טל': 03-5682651 פקס: 03-5682605

## בקשה לתגמול אלמן/ה לפי הכנסה או מוגדל לפי הכנסה

לפי חוקים: נכי רדיפות הנאצים תשי"ז 1957/חוק נכי המלחמה בנאצים תשי"ד 1954/חוק הטבות לניצולי שואה התשס"ז 2007

תיק אלמן/אלמנה.....  
מס' תיק מנוח.....

פרטי האלמן/ה

אלמן/ה	פרטי המנוח
שם המשפחה	
שם פרטי	
מס' זהות	

כתובת: רח' \_\_\_\_\_ מס': \_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_ טל' \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_

### פרטים על הכנסות

סמן X במשבצת המתאימה	פירוט הסכומים ברוטו	אישורים נדרשים
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סך _____ ש"ח לשנה	צרף דו"ח שומה אחרון
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סך _____ ש"ח לחודש	צרף 6 תלושי משכורת של השנה הקודמת
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סך _____ ש"ח לחודש	צרף אישור מזכירות הקיבוץ על הסכום המדווח למוסד לביטוח לאומי כהכנסה לחבר
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		4. מבטוח לאומי: <input type="checkbox"/> קצבת זקנה ביחד עם בן/ת זוגי. <input type="checkbox"/> קצבת זקנה <input type="checkbox"/> קצבת שארים <input type="checkbox"/> קצבת נכות כללית <input type="checkbox"/> אחר, פרט
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סך _____ ש"ח לחודש	5. מפנסיה (זכויות שצברתי בתקופת עבודתי)
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סך _____ ש"ח לחודש	6. מפנסייט שארים (שלא מבטוח לאומי) ממקום העבודה של בן /בת זוג ז"ל
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סך _____ לחודש סוג המטבע _____	7. תגמולים מחו"ל/אחר פרט: _____
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סך _____ ש"ח לחודש	8. מהשכרת נכס (שאינה הדירה היחידה בבעלותך)
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סך _____ ש"ח	9. תוכניות חסכון/קופות גמל/פיקדונות/ניירות ערך שערכן הכולל להיום:
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סך _____ ש"ח לחודש	10. הכנסה אחרת: _____

ג. למי שמאושפז במוסד לחולים כרוניים / קשישים / אחר

לתשומת ליבך נכה השוהה במוסד על החשבון המדינה ואין בן משפחה תלוי בו, איננו זכאי לתגמול לפי הכנסה/ מוגדל לפי הכנסה. כמו כן, התגמול הרגיל שלו הוא זכאי יוקטן ב- 75% החל מהחודש הרביעי לשהייתו במוסד וכל עוד הוא שוהה בו.

שם המוסד: .....

כתובת: .....

עיר: ..... טלפון: .....

נא לסמן:

המדינה/ הרשות המקומית נושאת במלוא הוצאות שהייתי במוסד הנ"ל.

אני מצהיר כי אני ומשפחתי משתתפים בהוצאות האשפוז והעלות איננה מוטלת במלואה על המדינה.   
אני מסכים כי במידה ואמצא זכאי לתגמול לפי הכנסה/מוגדל לפי הכנסה, יועברו פרטיי כולל סכום התגמול לו אהיה זכאי למשרד הבריאות

הצהרה

אני מתחייב להודיע בכתב לרשות לזכויות ניצולי השואה על כל שינוי שיחול במצבי האישי ו/או הכלכלי המשפיע על זכאותי לתגמול נוסף או שיעורו תוך 30 יום מיום השינוי.

הנני מצהיר בזה כי הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים, וידוע לי כי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק על מסירת ידיעה כוזבת.

חתימה

תאריך