

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 לפי הכנסה או מוגדל לפי הכנסה

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

נא לציין מס' תיקך ברשות
תיק מס' _____

א. פרטי המבקש (נשוי/רווק/אלמן/גרור)

שם המשפחה	המבקש	בן/בת הזוג
שם פרטי		
מס' זהות		

כתובת: רח' _____ מס': _____ עיר: _____ מיקוד: _____ טל' _____ נייד _____

ב. פרטים על הכנסות

סמן X במשבצת המתאימה	פירוט הסכומים ברוטו	אישורים נדרשים
כן לא	1. מעסק עצמאי (כולל משק פעיל)	צרך דו"ח שומה אחרון
כן לא	2. כשכיר	צרך 6 תלושי משכורת של השנה הקודמת
כן לא	3. כחבר קיבוץ/מושב שיתופי	צרך אישור מזכירות הקיבוץ על הסכום המדווח למוסד לביטוח לאומי כהכנסה לחבר
כן לא	4. מבטוח לאומי: <input type="checkbox"/> קצבת זקנה ביחד עם בן/בת זוגי. <input type="checkbox"/> קצבת זקנה <input type="checkbox"/> קצבת שארים <input type="checkbox"/> קצבת נכות כללית <input type="checkbox"/> אחר, פרט	
כן לא	5. מפנסיה (זכויות שצברתי בתקופת עבודתי)	צרך 6 תלושי פנסיה של השנה הקודמת מיולי עד דצמבר
כן לא	6. מפנסיית שארים (שלא מבטוח לאומי) ממקום העבודה של בן/בת זוג ז"ל	צרך 6 תלושי פנסיה של השנה הקודמת
כן לא	7. תגמולים מחו"ל/אחר פרט: _____	צרך אישור על תגמולים מחו"ל (למעט קצבת קרן סעיף 2 המשולמת באמצעות ועידת התביעות)
כן לא	8. מהשכרת נכס (שאינה הדירה היחידה בבעלותך)	צרך חוזה שכירות דירה או נכס אחר
כן לא	9. תוכניות חסכון/קופות גמל/פיקדונות/ניירות ערך שערכן הכולל להיום:	צרך _____ ש"ח
כן לא	10. הכנסה אחרת (לרבות תגמולים/קצבאות ממשרדי ממשלה אחרים, מזונות): _____	צרך _____ ש"ח לחודש

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