

בקשה למענק שנתי בהתאם להחלטה מנהלית

לידיעתך: מרכז המידע עומד לרשותך בטל' שמספרו: 03-5682651 או 5105*, וככל שתרצה בכך, ניתן לשלוח אליך מתנדב שיסייע לך במילוי הטופס.
בנוסף, ככל שתרצה ייעוץ משפטי עומד לרשותך סיוע משפטי **בחנם**, ממשרד המשפטים, בטל' שמספרו: **1-700-70-60-44**.

אני הח"מ מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

שם משפחה בעברית:		שם פרטי:		מספר זהות:	
שם נעורים (פרטי ומשפחה):		תאריך לידה:		תאריך עליה:	
עיר לידה:		שם האב:		שם האם:	
חבר בקופת החולים: כללית / לאומית / מכבי / מאוחדת (סמן את הנכון)					
רחוב:		מס' בית:	כניסה:	מס' דירה:	ישוב / עיר:
מיקוד:		טלפון:		טלפון נוסף:	

הריני מבקש לקבל מענק שנתי בהתאם להחלטה המנהלית שניתנה על ידי שר האוצר, ועל כן אני מצהיר:

1. בתקופת מלחמת העולם השנייה הייתי בעיראק (בתאריכים 1-2 ביוני 1941). במהלך ימים אלה חוויתי את אירועי הפרהוד באופן הבא (נא סמן V במקום המתאים):

סבלתי ממעשה אלימות שננקט נגדי. נא לפרט את פרטי האירוע (המקום שבו בוצע בך מעשה האלימות, השעה שבה בוצע המעשה, פרטים מזהים נוספים, וכיו"ב):

חתימה

שם המבקש

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

מדינת ישראל
המשרד לשוויון חברתי

הרשות
לזכויות
ניצולי
השואה



חזיתי במעשה אלימות. נא לפרט את פרטי האירוע (נגד מי בוצע מעשה האלימות, המקום שבו בוצע מעשה האלימות, השעה בה בוצע המעשה, המקום שבו שהית בזמן שצפית במעשה האלימות, הנסיבות בהן חזית במעשה האלימות, פרטים מזהים נוספים, וכיו"ב):

ניתן לצרף דף נוסף לצורך הפירוט.

2. אינני מקבל קצבה חודשית, מכל גורם שהוא, בקשר עם קורותיי בתקופת מלחמת העולם השנייה.
 3. למי שהגיש תביעה לפי חוק נכי רדיפות הנאצים, תשי"ז-1957 / חוק הטבות לניצולי שואה, תשס"ז-2007 – ידוע לי כי תביעתי זו נדחתה.
 4. ידוע לי כי ההחלטה המנהלית (שעניינה מענק שנתי ופטור מתשלום עבור תרופות) נועדה למי שאיננו מעוניין בניהול הליכים משפטיים לקבלת תגמולים חודשיים לפי חוק נכי רדיפות הנאצים / חוק הטבות לניצולי שואה.
 5. ידוע לי כי לצורך קבלת מענק זה לא נדרש ממני נטל ההוכחה הנדרש בהתאם לדין.
 6. יש לצרף לבקשה:
 - א. צילום מלא של תעודת זהות (כולל הספח).
 - ב. אם קיים אפוטרופוס, יש לצרף צו למינוי אפוטרופוס.
 - ג. טופס פרטי חשבון בנק (מצ"ב)
- ויתור על סודיות
- אני מאשר/ת לרשות לזכויות ניצולי השואה לקבל או למסור כל מידע בקשר אליי, הנוגע לבקשתי מכל גוף ציבורי או פרטי בישראל או בחו"ל, לרבות מועידת התביעות החומריות. כן אני מסכים להעברת פרטי לקופת חולים לצורך קבלת הטבות.
7. הצהרה
אני מצהיר/ה בזאת כי זה שמי וזו חתימתי ותוכן הצהרתי אמת, וכי כל הפרטים שמסרתי הינם נכונים ומלאים. כן אני מצהיר כי ידוע לי כי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם אמסור מידע שאיננו אמת.
 8. ולראייה באתי על החתום:

שם	חתימה	תאריך
_____	_____	_____

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

מדינת ישראל
המשרד לשוויון חברתי



שם :
תאריך :
ת.ז.:

פרטי חשבון בנק:

לכבוד: המשרד לשוויון חברתי
הרשות לזכויות ניצולי השואה
מחלקת תשלומים

אני בעל/ת תעודת זהות מספר _____ מבקש/ת לשלם לי את התגמולים ו/או
תשלומים אחרים המגיעים לי לפי דין 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 :

1. המחאה מקורית מבוטלת או צילום המחאה או אישור ניהול חשבון בנק חתום ומאושר ע"י הבנק.
2. ככל שקיים אפוטרופוס כללי / רכוש, נא לצרף צו מינוי אפוטרופוס מעודכן.

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

כתובת : בניין 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