

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/גרוע)

המבקש	בן/בת הזוג
שם המשפחה	
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)	סך _____ ש"ח לשנה	צרף דו"ח שומה אחרון
כן לא 2. כשכיר	סך _____ ש"ח לחודש	צרף 6 תלושי פנסיה של השנה הקודמת
כן לא 3. כחבר קיבוץ/מושב שיתופי	סך _____ ש"ח לחודש	צרף אישור מזכירות הקיבוץ על הסכום המדווח למוסד לביטוח לאומי כהכנסה לחבר
כן לא 4. מבטוח לאומי: ☐ קצבת זקנה ביחד עם בן/ת זוגי. ☐ קצבת זקנה ☐ קצבת שארים ☐ קצבת נכות כללית ☐ אחר, פרט		
כן לא 5. מפנסיה (זכויות שצברתי בתקופת עבודתי)	סך _____ ש"ח לחודש	צרף 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	סך _____ ש"ח לחודש	צרף 6 תלושי פנסיה של השנה הקודמת
כן לא 7. תגמולים מחו"ל/אחר פרט: _____	סך _____ לחודש סוג המטבע _____	
כן לא 8. מהשכרת נכס	סך _____ ש"ח לחודש	
כן לא 9. תוכניות חסכון/קופות גמל שערך הכולל להיום: _____	סך _____ ש"ח לחודש	

ג. למי שמאושפז במוסד לחולים כרוניים / קשישים / אחר

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. ☐

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