

תאריך:

לכבוד
משרד האוצר - הרשות לזכויות ניצולי השואה
מחלקת תביעות
רח' יצחק שדה 17
ת.ד. 57380
תל אביב 6157302
טל. 03-5682651

**הندון: בקשה לוועדה רפואית בתחום יתר לחץ דם, סכירת או
מחלת לב**

שם: _____

ת.ז.: _____

הנני סובל/ת מהמחלה הבאה (הקfy/י את המחלת הרלוונטית):

יתר לחץ דם
סכירת
לב

(אני הקfy/י את המחלת הרלוונטית – במידה וויתר ממחלה אחת רלבנטית, עדיף להגיש בקשהות נפרדות)

אבקש שועודה רפואית תבדוק את נכותי בתחום יתר לחץ דם, סכירת או מחלת לב, על סמך המסמכים הרפואיים, ואת לאור המלצות של ועדת שני הקובעות קשר סיבתי בין הרדיופות לבין מחלתי, ותקבע את אחוזי הנכות שלי בהתאם.

יש לצרף לבקשת מסמכים רפואיים (חשוב לצרף אישורים רפואיים גם מהעבר שמראים על מועד גילוי המחלת).

אם הנר מעוניין/נת שהדין בבקשתך יתקיים ללא נוכחותך, אני סמן/ני – "בקשת דין ללא נוכחות".

בקשה לדין ללא נוכחות

☒ בעקבות גילי המתקדם וההשפעה של המצב הרפואי על המחלת, אבקש הפעלת תקנה 12

בברכה,