

תאריך: _____

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

**הנדון: בקשה להשתתפות בהוצאות לניצולים המוכרים
בדמנציה (שיטיון)**

הנני מוכר/ת לפי חוק נכי רדיפות הנאצים כסובל/ת ממחלת דמנציה.

שמי: _____

ת.ז.: _____

לאור ההכרה בי כסובל/ת ממחלת דמנציה, הריני מבקש/ת השתתפות בהוצאות הרפואיות
השונות בגין המחלה, (נא לסמן את ההוצאות הרלוונטיות), לרבות:

- אשפוז עקב הדמנציה
- אחזקת מטפלת
- הוצאות בגין מוצרי ספיגה
- הוצאות נוספות (שקשורות למחלת הדמנציה):

רצ"ב מסמכים בדבר ההוצאות הקשורות למחלת הדמנציה.

בברכה