



בקשה לקבלת זכויות עבור ניצולי שואה שעלו לאחר 1.10.1953

ニיצולי שואה שעלו לאחר 1.10.1953 עשויים להיות זכאים לזכויות, בהתאם לחלוקת הבאה:

1. ניצול שואה אשר היה במחנה או בגטו, או עבד בכפייה או לצד שהתלווה לעבודות כפיה, או ניצול שמקבל קצבה תלת חודשית מועודית התביעות (קרון סעיף 2) - זכאי לתגמול חודשי.
2. ניצול שואה שאינו כולל בסעיף 1 - זכאי למענק שנתי.

אני החלט' מצהיר ומבקש (יש לסמן רק אחת משתי האפשרויות) כי:

[] אני שייך לקבוצה 1 ולכון מבקשTAGMOLO CHODSHI.

[] אני שייך לקבוצה 2 ולכון מבקש מענק שנתי.

אני החלט' מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. פרטיים אישיים

מספר זהות:	שם פרטי בעברית:	שם משפחה בעברית:
שם פרטי בלועזית:	שם משפחה בלועזית:	
ארץ לידה:	תאריך לידה:	שם נזירים (פרטי משפחה):
שם האם + שם משפחה מלפני הנישואין:	שם האב:	עיר לידה :
מצב משפחתי:	תאריך עלייה:	
חבר בקופת החולים: כללית / לאומי / מכבי / מאוחדת (סמן את הנכון)		

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטויות

כתובות: בני נצבא, רח' יצחק שדה 17 קומה 6, תל-אביב ת"ד 57380, מיקוד 6157302

טלפון: 03-5682651 או מייל: *5105 info@hsa.gov.il

אתר אינטרנט: <https://www.gov.il/he/departments/holocaust-survivors-rights>

**2. כתובות מגורים**

רחוב:	מס' בית:	כניסה:	מס' דירה:	ישוב/עיר:
מיקוד:	טלפון:	מספר טלפון נוסף:		

3. פרטים הנוגעים לילדים

שם	תאריך לידה	מקום לידה

4. מקומות מגורים מהלידה ועד ספטמבר 1939

מקום	הארץ	משנת	עד שנת

5. בתקופת מלחמת העולם השנייה, 8.5.1945 – 1.9.1939, הייתה במקומות הבאים:

מקום אחר	בחני סתר	במחנה לעבודות פרץ	במחנה ריכוז	בגטו	שם המקום	משנת	עד שנת	עבדתי ב...

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטויות

כתובות: בני נצבא, רח' יצחק שדה 17 קומה 6, תל-אביב ת"ד 57380, מיקוד 6157302

טלפון: *5105 או 03-5682651 מייל: info@hsa.gov.il

אתר אינטרנט: <https://www.gov.il/he/departments/holocaust-survivors-rights>



ב' שחייב ציפוי לעונש לו לא בוצעו העבודות (למיilo אם הינך מבקש תגמול חדש)?

- [] לא, אבל התלוויות לאחד מהוירי שבירץ עבודות כפיה.
[] לא, וגם לא התלוויות לאחד מהוירי ביצע עבודות כפיה.

7. נא לפרט קורוטיך בזמן הרדייפות, תוך התייחסות לאירועים ולנסיבות (אם עבדת בעבודות כפיה או התלוית להויריך בעבודות כפיה – אנא פרט את נסיבות ביצוע העבודות כגון: היכן בוצעו, כמה זמן, האם היה איום בתלוית ביצוע העבודות):

8. בתקופה זו ועקב הרדיפות, נגרמו- למיין רק אם הנז מבקש תגמול

9 הכרה במסגרת קרניות חוץ:

אני המכ"ם מהיר כי:

<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<p>אני מקבל קצבה תלת חודשית מועזית התביעות (קרון סעיף 2).</p>
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<p>קבלתי תגמול חד פעמי ליוצאי מחרנות וגטאות, לפי החוק הגרמני להקמת "קרן זיכרון, אחריות ועתיד".</p>
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<p>קבלתי תגמול חד פעמי ליוצאי מחרנות וגטאות לפי החוק האוסטרי להקמת "הקרן לפיסוס שלום ושיתוף פועלה".</p>

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטויות

כתובת: בניו נבעא, רח' יצחק שדה 17 קומה 6, תל-אביב ת"ד 57380, מיקוד 6157302

טלפון: 03-5682651 או *5105 | מייל: info@hsa.gov.il

[אתר אינטרנט:](https://www.gov.il/he/departments/holocaust-survivors-rights)



כן / לא	קבלתי תגמול חד פעמי ליווצאי מchnות וגתאות ששולם בידי ועידת הטבעות, במימון הקרן האוסטרית לניצולי שואה שעבדו בעבודת פרץ.
---------	---

10. הצהרה בנוגע לפיצויים שקיבלת או שאת/ה מקבלת/ת בשל נרדפותך:

- [] אני מצהיר כי אינני מקבל תגמול חדש בגין נרדפותי בשואה, מגרמניה או מכל מדינת חוץ אחרת.
[] אני מצהיר כי אני מקבל תגמול חדש בגין נרדפותי בשואה, ממדינה _____, בסכום _____.

11. הייתה לי מושפץ בישראל או בחו"ל (למיilio אם הנז מבקש תגמול חדש):

שם המוסד	בגלל מהלה	משנת	עד שנת

11. מסמכים אשר יש לצרף בבקשתך:

- א. צילום מלא של תעוזות זהות כולל הספה.
ב. אם קיים אפוטרופוס – צו מינוי אפוטרופוס.
ג. עבור מבקשי תגמול חדש: מסמכים רפואיים בנוגע למחלות או החבלות שצוינו על ידכם.
ד. אם הבקשה מוגשת באמצעות עוז"ד – יש לצרף ייפוי בו.

הנני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרטתי בבקשת זו הם נכונים ומלאים, ואני חותם/ת על הצהרתי זו מרצוני הטוב.

_____ / _____ / _____

תאריך

חתימת התובע

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

כתובות: בני נצבא, רח' יצחק שדה 17 קומה 6, תל-אביב ת"ד 57380, מיקוד 6157302

טלפון: 03-5682651 או מייל: info@hsa.gov.il *

אתר אינטרנט: <https://www.gov.il/he/departments/holocaust-survivors-rights>



מדינת ישראל



נספח א – פרטי חשבון בנק

שם:
תאריך:
ת.ז.:

לכבוד
הרשות לזכויות ניצולי השואה
מחלקת תשומות

הנדון: פרטי חשבון בנק

אני _____ בעלה/ת תעודת זהות מסטר _____ מבקש/ת לשלם לי את התשלומים המגיעים לי לפי דין, לזכות חשבוני בבנק הבא:

שם הסניף: _____ חשבון מסטר: _____ סמל בנק: _____ סניף: _____

אם קיימים שותף/ים לחשבון נא למלא פרטייהם:

שם השותף _____ ת.ז.: _____
שם השותף _____ ת.ז.: _____

אני מאשר/ת את הפרטים דלעיל ומורה לכט בזאת לפעול על פיהם.

חתימת הפונה _____ תאריך _____

נא לצרף לטופט זה:

1. המחאה מקורת מבוטלת או צילום המכחאה או אישור ניהול חשבון בנק חתום ומאושר ע"י הבנק.
2. אם קיימים אפוטרופוס כלל/רכוש, נא לצרף צו מינוי אפוטרופוס מעודכן.

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

כתובת: בני נצבא, רח' יצחק שדה 17 קומה 6, תל-אביב ת"ד 57380, מיקוד 6157302

טלפון: info@hsa.gov.il *5105 או 03-5682651

אתר אינטרנט: <https://www.gov.il/he/departments/holocaust-survivors-rights>



נספח ב – בקשה לקיום ועדת רפואית ללא נוכחות (למילוי אם הנך מבקש תגמול חודשי)

لتשומת לך, ניתן לזרז את הטיפול בתביעה זו את אם הנך מאשר/ת את הסכמתך לכך כי הוועדה הרפואית תקבע את דרגת נכותך על פי המסמכים הרפואיים שהמצאות ולא נוכחותך. הכל בכפוף לכך שהרשויות תכיר לך בכך על פי החוק שבנדון ובמחלצתך בקשרה ברדייפות.
אם הנך מסכימ/ה כאמור לעיל, נבקש לחותם על בקשה זו ולהציג אותה יחד עם מסמכי התביעה.

חתימה

שם פרטי ומשפחה

מס' תעודה זהות

תאריך / /

מדינת ישראל
הרשויות לזכויות ניצולי השואה

נספח ג – כתוב וייתור על סודיות

אני הח"מ _____, נתן בזאת רשות לכל רופא או עובד רפואי או מוסד רפואי או כל גורם אחר, לרבות אך מבליל ממעט, למוסד לביטוח לאומי, למשרד הביטחון, לשלטונות צה"ל, לוועידת התביעות, למוסדות הפיצויים הגרמניים (להלן: "נותני השירות") למסור לרשות לזכויות ניצולי השואה (להלן: "הרשאות") או לכל מי מטעמה, את כל המידע עלי המכוי בידי נותני השירות הנ"ל.

הנני משחרר את נותני השירות הנ"ל מחובות שמירה על סודיות ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר כאמור בכתב וייתור סודיות זה.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטויות התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצויה במאגרי המידע שברשותכם וברשות נותני השירות.

כמו כן, אני מסכימים, כי הרשות לזכויות ניצולי השואה תעביר لكופת החוליםיס בה אני חבר, את פרטי הכלולים: שם פרטי, שם משפחה ומספר תעוזת זהות, וזאת על מנת לקבל פטור מדמי ההשתתפות העצמית בגין תרופות בסל הבריאות וכל הטבה אחרת מתוקף הכרה בזכאותי לפי תביעה זו.

(لتשומת לך, ככל שאתה יודע מה我说 לא יועבר لكופת החוליםיס, אתה רשאי להודיע על כך בכתב לרשות או לפנות למרכז המידע, וזאת לא תהנה מהפטור האמור)

כמו כן, אני מסכימים, כי הרשות לזכויות ניצולי השואה תעביר את פרטיים לכל גורם אחר ולוונטי לצורך קבלת הטבות זכויות מתוקף היומי ניצול שואה.

חתימה

תאריך / /

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטויות

כתובת: בני נצבא, רח' יצחק שדה 17 קומה 6, תל-אביב ת"ד 57380, מיקוד 6157302

טלפון: 03-5682651 או מייל: *5105 info@hsa.gov.il

אתר אינטרנט: <https://www.gov.il/he/departments/holocaust-survivors-rights>