



בקשה לקבלת זכויות עבור ניצולי שואה שעלו לאחר 1.10.1953

ניצולי שואה שעלו לאחר 1.10.1953 עשויים להיות זכאים לזכויות, בהתאם לחלוקה הבאה:

1. ניצול שואה אשר היה במחנה או בגטו, או עבד בכפייה או ילד שהתלווה לעבודות כפייה, או ניצול שמקבל קצבה תלת חודשית מוועידת התביעות (קרן סעיף 2) - זכאי לתגמול חודשי.

2. ניצול שואה שאינו כלול בסעיף 1 - זכאי למענק שנתי.

אני הח"מ מצהיר ומבקש (יש לסמן רק אחת משתי האפשרויות) כי:

[] אני שייך לקבוצה 1 ולכן מבקש תגמול חודשי.

[] אני שייך לקבוצה 2 ולכן מבקש מענק שנתי.

אני הח"מ, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. פרטים אישיים

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

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

כתובת: בנין נצבא, 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>



2. כתובת 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, 1.9.1939 – 8.5.1945, הייתי במקומות הבאים:

שם המקום	משנת	עד שנת	עבדתי ב...
בגטו			
במחנה ריכוז			
במחנה לעבודת פרך			
בחיי סתר			
במקום אחר			

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

כתובת: בנין נצבא, 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>



6. האם נאלצת לעבוד עבודות כפיה על פי צו שלטוני שהוצא נגד יהודים, במשך תקופה רצופה ומשמעותית כך שהיית צפוי לעונש לולא בוצעו העבודות (למילוי אם הינך מבקש תגמול חודשי)?

- [] כן.
- [] לא, אבל התלויתי לאחד מהוריי שביצע עבודות כפיה.
- [] לא וגם לא התלויתי לאחד מהוריי ביצע עבודות כפיה.

7. נא לפרט קורותיך בזמן הרדיפות, תוך התייחסות לאירועים ולנסיבות (אם עבדת עבודות כפיה או התלוית להוריך בעבודות כפיה – אנא פרט את נסיבות ביצוע העבודות כגון: היכן בוצעו, כמה זמן, האם היה איום בעונש, אל מי התלוית בביצוע העבודות):

8. בתקופה זו ועקב הרדיפות, נגרמו לי המחלות או החבלות הבאות - למילוי רק אם הנך מבקש תגמול חודשי:

אנא זכור לצרף מסמכים רפואיים בנוגע למחלות ולחבלות אשר פירטת בתשובתך.

9 הכרה במסגרת קרנות חוץ:

אני הח"מ מצהיר כי:

כן / לא	אני מקבל קצבה תלת חודשית מוועידת התביעות (קרן סעיף 2).
כן / לא	קבלתי תגמול חד פעמי ליוצאי מחנות וגטאות, לפי החוק הגרמני להקמת "קרן זיכרון, אחריות ועתיד".
כן / לא	קבלתי תגמול חד פעמי ליוצאי מחנות וגטאות לפי החוק האוסטרי להקמת "הקרן לפיוס שלום ושיתוף פעולה".

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות



כן / לא	קבלתי תגמול חד פעמי ליוצאי מחנות וגטאות ששולם בידי ועידת התביעות, במימון הקרן האוסטרית לניצולי שואה שעבדו בעבודת פרך.
---------	---

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

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

11. הייתי מאושפז/ת בישראל או בחו"ל (למילוי אם הנך מבקש תגמול חודשי):

שם המוסד	בגלל מחלה	משנת	עד שנת

11. מסמכים אשר יש לצרף לבקשה:

- א. צילום מלא של תעודת הזהות כולל הספח.
- ב. אם קיים אפוטרופוס – צו מינוי אפוטרופוס.
- ג. עבור מבקשי תגמול חודשי: מסמכים רפואיים בנוגע למחלות או החבלות שצוינו על ידכם.
- ד. אם הבקשה מוגשת באמצעות עו"ד – יש לצרף ייפוי כוח.

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

תאריך

חתימת התובע

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

כתובת: בנין נצבא, 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>



נספח א – פרטי חשבון בנק

שם:
תאריך:
ת.ז.:

לכבוד
הרשות לזכויות ניצולי השואה
מחלקת תשלומים

הנדון: פרטי חשבון בנק

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

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

אם קיים 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. אם קיים אפוטרופוס כללי/רכוש, נא לצרף צו מינוי אפוטרופוס מעודכן.

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

כתובת: בנין נצבא, 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>

