



Заявление на получение прав для переживших Холокост, иммигрировавших после 01.10.1953 г.

Лица, пережившие Холокост, которые репатриировались после 1 октября 1953 г., могут иметь права в соответствии со следующим распределением:

1. Переживший Холокост, находившийся в лагере или гетто, или работавший на принудительных работах, или ребенок, присутствовавший на принудительных работах, или получающий пособие раз в три месяца по его свидетельствам из исковых требований (Фонд Раздел 2) - имеет право на ежемесячное пособие.
2. Пережившие Холокост, не включенные в раздел 1, имеют право на ежегодную субсидию.

Я, нижеподписавшийся, заявляю (отметить только один из двух вариантов):

☐ Я принадлежу к группе 1 и поэтому прошу ежемесячное пособие.

☐ Я принадлежу к группе 2 и поэтому прошу ежегодную денежную выплату.

Я, нижеподписавшийся, настоящим декларирую следующее:

1. Личные данные

№ удост. личности	Имя на иврите:	Фамилия на иврите:
Имя на иностранном языке:		Фамилия на иностранном языке:
Страна рождения:	Дата рождения:	Имя и фамилия до брака:

Информация защищена Законом о конфиденциальности персональных данных.



Государство Израиль



Имя и фамилия матери до замужества:	Имя отца:	Город рождения:
Семейное положение:	Дата репатриации:	
Членство в больничной кассе: Клалит / Леумит / Маккаби / Меухедэт (Отметьте нужное)		

Информация защищена Законом о конфиденциальности персональных данных.

**2. Адрес проживания**

Населенный пункт / город:	№ квартиры	Подъезд:	№ дома:	Улица:
Дополнительный номер телефона:		Телефон:		Индекс:

3. Информация о детях

Место рождения	Дата рождения	Имя

4. Места проживания от рождения до 1939 года

Место	Страна	Начиная с (год)	По (год)

5. Местонахождение в годы Второй мировой войны (01.09.1939 - 08.05.1945)

	Название места	Начиная с (год)	По (год)	Работа в...
В гетто				
В концентрационном лагере				

Информация защищена Законом о конфиденциальности персональных данных.

Адрес: 6157302 מיקוד 57380, ד"אביב תתל 6, קומה 17 יצחק שדה 'רח, בנין נצבא

Email: info@hsa.gov.il

Телефон: *5105 или 03-5682651

Сайт в Интернете: <https://www.gov.il/he/departments/holocaust-survivors-rights>



В трудовом лагере				
В укрытии				
В другом месте				

6. Были ли Вы вынуждены выполнять принудительные работы в соответствии с указами властей, направленными против евреев, в течение непрерывного и значительного периода, и ожидало ли Вас наказание в случае невыполнения работ? (Заполнить, если Вы претендуете на ежемесячное пособие.)

☐ Да

☐ Нет, но я был с одним из моих родителей, который выполнял принудительные работы.

☐ Нет, и я не был с одним из моих родителей, который выполнял принудительные работы.

7. Опишите события, произошедшие с Вами во время преследования, и укажите обстоятельства (выполняли ли Вы принудительные работы или сопровождали своих родителей на принудительных работах - подробно опишите обстоятельства, например: где выполнялись работы, в течение какого срока, была ли угроза наказания, с кем Вы были при выполнении работ):

Информация защищена Законом о конфиденциальности персональных данных.



8. В течение этого периода и в результате преследования я получил следующие болезни или травмы (заполнить только в том случае, если Вы претендуете на ежемесячное пособие):

Не забудьте приложить медицинские документы о заболеваниях и травмах, которые Вы указали в своем ответе.

9. Признание в рамках иностранных фондов:

Я, нижеподписавшийся, заявляю следующее:

Я получаю пособие раз в три месяца от Claims Conference (Фонд Раздел 2).	Да / Нет
--	----------

10. Декларация о компенсации, которую Вы получили или получаете в связи с преследованиями:

[] Я заявляю, что не получаю ежемесячные выплаты из Германии или из какой-либо другой страны за преследование во время Холокоста.

[] Я заявляю, что получаю ежемесячные выплаты за преследование во время Холокоста от государства _____ в размере _____.

Информация защищена Законом о конфиденциальности персональных данных.



11. Меня госпитализировали в Израиле или за границей (заполнить, если Вы претендуете на ежемесячное пособие):

Название учреждения	По причине заболевания	Начиная с (год)	По (год)

12. Документы, которые необходимо приложить к заявлению:

- Полная ксерокопия удостоверения личности с приложением.
- При наличии опекуна - ордер о назначении опекуна.
- Для соискателей ежемесячного пособия - медицинские документы об указанных Вами заболеваниях и травмах.
- Если заявление подается через адвоката - необходимо приложить доверенность.

Я заявляю, что данные, предоставленные в этом заявлении, являются верными и полными, и я подписываю это заявление по собственной воле.

_____/_____/_____
Дата

Подпись истца

Информация защищена Законом о конфиденциальности персональных данных.



Приложение А - Данные

банковского счета

Имя:
Дата:
Уд. личности

:

Кому:
**Управление по правам
выживших в Холокосте
Отдел платежей**

Тема: Данные банковского счета

Я _____, удостоверение личности _____, прошу перечислять мне выплаты, на которые я имею право по закону, на мой банковский счет:

Наименование филиала: _____ Номер счета: _____ Обозначение банка: _____ Филиал: _____

Если счет совместный, укажите данные совладельца:

Имя совладельца _____ Удостоверение личности _____

Имя совладельца _____ Удостоверение личности _____

Я подтверждаю приведенные выше данные и настоящим поручаю вам действовать в соответствии с ними.

Дата

Подпись заявителя

Информация защищена Законом о конфиденциальности персональных данных.



Приложите к этой форме:

1. Отмененный оригинал чека или ксерокопию чека, или справку о ведении банковского счета, подписанную и утвержденную банком.
2. Если есть опекун по общим вопросам / по имуществу, приложите действующий ордер о назначении опекуна.

Информация защищена Законом о конфиденциальности персональных данных.



Приложение Б - Заявление о проведении медицинской комиссии без присутствия заявителя (заполняется, если Вы запрашиваете ежемесячное пособие)

Обратите внимание: рассмотрение Вашего заявления может быть ускорено, если Вы подтвердите свое согласие на определение медицинской комиссией степени Вашей инвалидности на основании предоставленных Вами медицинских документов и без Вашего присутствия. Все зависит от того, признает ли Управление Вашу инвалидность в соответствии с законом, а также связь Вашего заболевания с преследованиями.

Если Вы согласны с вышеизложенным, попросим Вас подписать это заявление и представить его вместе с исковыми документами.

Подпись

Имя и
фамилия

Номер
удост.
личности

____/____/____
Дата

Информация защищена Законом о конфиденциальности персональных данных.



Государство Израиль

Управление по правам выживших в Холокосте

Приложение В - Отказ от соблюдения конфиденциальности

Я, нижеподписавшийся, настоящим даю разрешение любому врачу или медицинскому работнику, медицинскому учреждению или любой другой организации, включая, помимо прочего, Ведомство национального страхования, Министерство обороны, органы Армии обороны Израиля, Claims Conference, учреждения Германии, занимающиеся вопросами компенсаций (далее: «Службы») передавать в Управление по правам лиц, переживших Холокост (далее: «Управление») или кому-либо от его имени всю информацию обо мне, которая находится в руках вышеперечисленных Служб.

Я освобождаю вышеуказанные Службы от обязанности соблюдать конфиденциальность, и у меня не будет никаких претензий или исков любого рода в связи с тем, что указано в этом отказе от конфиденциальности.

Это мое заявление не противоречит Закону о защите частной жизни от 1981 года и имеет отношение к любой медицинской и иной информации, содержащейся в базах данных всех Служб.

Я также соглашаюсь с тем, что Управление по правам лиц, переживших Холокост, передаст больничной кассе, членом которой я являюсь, следующие данные: имя, фамилию и номер удостоверения личности, чтобы получить освобождение от личного участия на лекарства в корзине здравоохранения и любые другие льготы, причитающиеся мне в силу признания моих прав по этому иску.

(Обратите внимание: если Вы хотите, чтобы указанная информация не передавалась в больничную кассу, Вы можете уведомить Управление в письменной форме или связаться с информационным центром, и тогда Вы не сможете пользоваться указанным освобождением.)

Я также согласен с тем, что Управление по правам лиц, переживших Холокост, передаст мои данные любому другому соответствующему органу с целью получения льгот и прав, причитающихся лицам, пережившим Холокост.

Подпись

____/____/_____
Дата

Информация защищена Законом о конфиденциальности персональных данных.