



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.

[x] 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:	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 התלוויתי לאחד מהוריי שביצע עבודות כפיה.
[] לא וגם לא התלוויתי לאחד מהוריי ביצע עבודות כפיה.

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

אני מקבל קצבה תלת חודשית מוועידת התביעות (קרן סעיף 2).	כן / לא
קבלתי תגמול חד פעמי ליוצאי מחנות וגטאות, לפי החוק הגרמני להקמת "קרן זכרון, אחריות ועתיד".	כן / לא
קבלתי תגמול חד פעמי ליוצאי מחנות וגטאות לפי החוק האוסטרי להקמת "הקרן לפיוס שלום ושיתוף פעולה".	כן / לא
קבלתי תגמול חד פעמי ליוצאי מחנות וגטאות ששולם בידי ועידת התביעות, במימון הקרן האוסטרית לניצולי שואה שעבדו בעבודת פרך.	כן / לא

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>



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 שזוינו 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>



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

לתשומת לבך, ניתן לזרז את הטיפול בתביעתך וזאת אם הנך מאשר/ת את הסכמתך לכך כי הוועדה הרפואית תקבע את דרגת נכותך על פי המסמכים הרפואיים שהמצאת וללא נוכחותך. הכול בכפוף לכך שהרשות תכיר בדך כנכה על פי החוק שבנדון ובמחלתך כקשורה ברדיפות. אם הנך מסכים/ה לאמור לעיל, נבקשך לחתום על בקשה זו ולהמציאה יחד עם מסמכי התביעה.

_____/_____/_____
תאריך מס' תעודת זהות שם פרטי ומשפחה חתימה

מדינת ישראל
הרשות לזכויות ניצולי השואה

נספח ג – כתב ויתור על סודיות

אני הח"מ _____, ת"ז _____, נותן בזאת רשות לכל רופא או עובד רפואי או מוסד רפואי או כול גורם אחר, לרבות אך מבלי למעט, למוסד לביטוח לאומי, למשרד הביטחון, לשלטונות צה"ל, לוועידת התביעות, למוסדות הפיצויים הגרמניים (להלן: "נותני השירות") למסור לרשות לזכויות ניצולי השואה (להלן: "הרשות") או לכל מי מטעמה, את כל המידע עלי המצוי בידי נותני השירות הנ"ל.

הנני משחרר את נותני השירות הנ"ל מחובת שמירה על סודיות ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר לאמור בכתב ויתור סודיות זה.

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

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

(לתשומת לבך, ככל שברצונך שהמידע האמור לא יועבר לקופת החולים, אתה רשאי להודיע על כך בכתב לרשות או לפנות למרכז המידע, וזאת לא תהנה מהפטור האמור)

כמו כן, אני מסכים, כי הרשות לזכויות ניצולי השואה תעביר את פרטיי לכל גורם אחר רלוונטי לצורך קבלת הטבות וזכויות מתוקף היותי ניצול שואה.

_____/_____/_____
תאריך חתימה

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>