

## טופס בקשה לקבלת קצבה חודשית ממדינת ישראל לניצולי שואה יוצאי מחנות ריכוז, גטאות, ומחנות שעבדו בהם בעבודת פרך

טופס זה מיועד לניצולי שואה אשר בתקופת מלחמת העולם השנייה שהו במחנות ריכוז, בגטאות, ובמחנות שעבדו בהם בעבודת פרך, ואשר אינם מקבלים קצבה חודשית בשל רדיפות הנאצים מישראל, מגרמניה או ממדינה זרה אחרת.

אנא מלא את הטופס בכתב ברור, בשפה העברית, וצרף את המסמכים הנדרשים כמפורט בסעיף ה'. לאחר מילוי הטופס, יש לשלוח אותו במעטפה המצורפת.

טופסי בקשה לקבלת קצבה זו ממדינת ישראל זמינים באתר האינטרנט של הרשות לזכויות ניצולי שואה בכתובת <http://www.mof.gov.il/lishka>.

הטפסים יישלחו למבקשים גם באמצעות פנייה טלפונית למרכז המידע שמספרו 03-5682651 או 04-8640838/9.

טופס זה נכתב בלשון זכר מטעמי נוחות. הכתוב בו מיועד לשני המינים גם יחד.

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

## הצהרה

אני החתום/ה מטה, מבקש/ת לקבל קצבה חודשית  
ליוצאי מחנות ריכוז, גטאות, ומחנות שעבדו בהם בעבודת פרך

### א. פרטים אישיים

שם משפחה :	שם פרטי :	מספר זהות :
שם נעורים (פרטי (ומשפחה):	תאריך לידה :	ארץ לידה :
עיר לידה :	תאריך עלייה :	מצב משפחתי :
תאריך נישואין :	שם בן הזוג :	מס' ת.ז. של בן הזוג :
. (חבר בקופת החולים : כללית / לאומית / מכבי / מאוחדת) (סמן את הנכון)		

### כתובת מגורים

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

**אני, הח"מ, אזרח/ית ישראלי/ת ותושב/ת ישראל, מצהיר/ה בזאת, כדלקמן**

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות



ב. קבלת תשלומים בקשר לרדיפות הנאצים

אנא סמן X במשבצת המתאימה:

הערות	לא	כן	הצהרות	
מדובר בתגמול חד פעמי שניתן בשני תשלומים בסך כולל של כ-€7,500. התשלום ניתן במסגרת הקרן הגרמנית "זיכרון, אחריות ועתיד" או במסגרת הקרן האוסטרית "לפיוס, שלום ושיתוף פעולה". התשלומים ניתנו בשנת 2001 או לאחר מכן. קבלת התגמול החד-פעמי <u>אינה</u> שוללת את הזכאות לקצבה.			האם קיבלת תגמול חד פעמי בשל שהות במחנה ריכוז, בגטו, או <b>במחנה</b> שעבדו בו בעבודת פרך?	1.
אם ענית "כן" – נא למלא עמודים 8-9 (בצבע ורוד)			האם בתקופת מלחמת העולם השנייה היית במחנה ריכוז, בגטו, או <b>במחנה</b> שעבדו בו בעבודת פרך, אך לא קיבלת את התגמול החד-פעמי (שצוין בסעיף 1 לעיל) משום שלא הגשת בקשה במועד?	2.
ה-B.E.G. הוא חוק גרמני משנת 1953.			האם אתה מקבל רנטה חודשית לפי חוק הפיצויים הגרמני (G.E.B) בשל נזק לגוף או לבריאות, שלילת או הגבלת פרנסה, הפסקת לימודים או הכשרה מקצועית?	3.
גמלה ממדינות מערב-אירופה (למשל, הולנד, צרפת, איטליה אוסטריה, בלגיה).			האם אתה מקבל רנטה ממדינה אחרת בקשר לרדיפות?	4.

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות



הערות	לא	כן	הצהרות	
תשלום בסך €270 לחודש (€810 לשלושה חודשים) הניתן בידי ועידת התביעות לפי ההסכם שנחתם באוקטובר 1992 בין גרמניה לבין ועידת התביעות החומריות.			האם אתה מקבל תשלום מ"קרן סעיף 2"?	5.
חוק ההסדרים- חוק זה חל על כל מי ששהה ביום 1.1.47. במחנה עקורים בגרמניה			האם אתה מקבל תגמול חודשי מהלשכה לשיקום נכים לפי חוק נכי רדיפות הנאצים, התשי"ז-1957 או לפי חוק ההסדרים	6.
			האם אתה מקבל תגמול חודשי מהלשכה לשיקום נכים לפי חוק נכי המלחמה בנאצים, התשי"ד-1954?	7.
קבלת המענק השנתי <u>אינה</u> שוללת את הזכאות לקצבה.			האם אתה מקבל מענק הטבות שנתי לפי חוק מעמד ותיקי מלחמת העולם השנייה, התש"ס-2000?	8.
קבלת הגמלה <u>אינה</u> שוללת את הזכאות לקצבה.			האם אתה מקבל מהמוסד לביטוח לאומי גמלת השלמת הכנסה לפי חוק הבטחת הכנסה התשמ"א – 1980?	9.

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות





הרשות  
לזכויות  
ניצולי  
השואה

מדינת ישראל  
משרד האוצר

2. **שים לב:** בחישוב סך הרכוש, אין לכלול את ערכו של הבית בו הנך מתגורר.

3. אם יש לך נכסים בבעלותך ובבעלות בן או בת הזוג, יש לכלול רק את מחצית הערך כרכוש שלך.

(הצהרה) (בחר באחת מבין שתי האפשרויות)	
	יש בבעלותי רכוש <u>העולה</u> על ₪1,900,000, שווי ערך ל-\$500,000 (דולר אמריקני). שווי הנכסים שלי נטו, כפי שהוסבר לעיל: ש"ח.
	יש בבעלותי רכוש <u>שאינו עולה</u> על ₪1,900,000, שווי ערך ל-\$500,000 (דולר אמריקני).

\* סכומים אלה עשויים להתעדכן, מעת לעת, בהתאם להסכמות אשר תושגנה עם ממשלת גרמניה, ואשר תפורסמנה באתר הרשות לזכויות ניצולי השואה של משרד האוצר.

**פרטי חשבון בנק**

באם אהיה זכאי לקבל את הקצבה החודשית אבקש להעבירו ל:

מספר סניף	סניף:	כתובתו:	בנק:	מס' חשבון עו"ש שקלי

חשבון זה הינו על שמי או חשבון משותף עם \_\_\_\_\_

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

**ה. מסמכים אשר יש לצרף לבקשה**

1. צילום מלא של תעודת זהות (כולל הספח).
2. אישור על קבלת קצבת זקנה או פנסיה ואישור על קבלת הכנסות אחרות מכל מקור שהוא, ככל שישנן (מסמכים אלו יקלו את תהליך אישור הזכאות).
3. אם קיים אפוטרופוס, יש לצרף צו למינוי אפוטרופוס.

**ו. ויתור על סודיות**

אני מאשר/ת לרשות לזכויות ניצולי השואה לבדוק בכל התיקים הרלוונטיים המתאימים אלי ולקבל או למסור כל מידע שהוא, הנוגע לתביעתי במשרדי הממשלה השונים, או מכל גוף ציבורי או פרטי אחר בישראל או בחו"ל, לרבות מידע מועידת התביעות או אליה.

אני מוותר/ת בזאת על זכויותיי לסודיות, אשר תפגענה כתוצאה מהשימוש שיעשה במידע.

**ז. אישור תצהיר**

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי הינם נכונים ומלאים וכי ידוע לי כי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק בגין מסירת הצהרה כוזבת.

אני מודעת/ת לכך שהצהרות כוזבות עלולות לגרום לדחיית בקשתי לקצבה חודשית ממדינת ישראל.

אני מתחייבת/ת להחזיר את כל הכספים אשר אקבל בגין בקשה זו אם יתברר בשלב מאוחר יותר כי איני עומד בתנאי הזכאות לקבלת הקצבה החודשית.

**ח. ולראייה באתי על החתום:**

תאריך

חתימה

שם ומשפחה

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

**בקשה לקבלת קצבה חודשית ממדינת ישראל  
לניצולי שואה יוצאי גטאות, מחנות ריכוז ומחנות בהם עבדו עבודות פרך**

**עמודים אלה ימלאו אך ורק אם ענית "כן" על שאלה ב' (2) שבעמוד 3**

אני הח"מ, אזרח/ית ותושב/ת ישראל, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

בתקופת מלחמת העולם השנייה, בין התאריכים 8.5.1945 – 31.1.1933, שהיתי במקומות הבאים:

גטו \_\_\_\_\_ בעיר \_\_\_\_\_ ארץ \_\_\_\_\_ מתאריך- \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_

גטו \_\_\_\_\_ בעיר \_\_\_\_\_ ארץ \_\_\_\_\_ מתאריך - \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_

מחנה ריכוז \_\_\_\_\_ בעיר \_\_\_\_\_ ארץ \_\_\_\_\_ מתאריך- \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_

מחנה ריכוז \_\_\_\_\_ בעיר \_\_\_\_\_ ארץ \_\_\_\_\_ מתאריך - \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_

מחנה עבודות פרך \_\_\_\_\_ בעיר \_\_\_\_\_ ארץ \_\_\_\_\_ מתאריך- \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_

מחנה עבודות פרך \_\_\_\_\_ בעיר \_\_\_\_\_ ארץ \_\_\_\_\_ מתאריך- \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_

1.

נא לפרט בקצרה להלן את קורות חייך בגטו / מחנה ריכוז / מחנה עבודות פרך בו אותם ציינת לעיל:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות



**פרטי הילדים :**

2.

שם \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_ עיר לידה \_\_\_\_\_ ארץ לידה \_\_\_\_\_  
שם \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_ עיר לידה \_\_\_\_\_ ארץ לידה \_\_\_\_\_  
שם \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_ עיר לידה \_\_\_\_\_ ארץ לידה \_\_\_\_\_  
שם \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_ עיר לידה \_\_\_\_\_ ארץ לידה \_\_\_\_\_

**האם הגשת לגרמנייה בשנות ה-50 תביעה לפיצויים עבור שלילת חופש?**

3.

כן / לא (נא להקיף בעיגול)

אם כן, בגין איזו תקופה קיבלת את הפיצויים? מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ ומה הסכום \_\_\_\_\_

**האם הגשת לגרמניה בשנות ה-50 תביעה לפיצויים עבור נזק בבריאות?**

כן / לא (נא להקיף בעיגול)

אם כן, מה הסכום? \_\_\_\_\_.

**האם הבקשה התקבלה או לא התקבלה ?**

4.

כן / לא (נא להקיף בעיגול)

אם כן, לפרט את סיבת הסירוב: \_\_\_\_\_

תאריך משלוח \_\_\_\_\_  
מס' תיק \_\_\_\_\_

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

ת.ז. \_\_\_\_\_

לכבוד  
מחלקת השירות הרפואי  
הרשות לזכויות ניצולי השואה  
יצחק שדה 17  
תל אביב

שלום רב,

## כתב ויתור

אני הח"מ, \_\_\_\_\_ (שם פרטי) \_\_\_\_\_ (שם משפחה)

בעלת תעודת זהות מספר \_\_\_\_\_ מבקשת מהרשות לזכויות ניצולי השואה (להלן: "הרשות"), לא להעביר לקופת החולים בה אני חברה את פרטיי הכוללים: שם פרטי, שם משפחה ומספר תעודת זהות.

משמעות חתימתי על כתב ויתור זה הינה, כי אני מוותרת על ההנחה בדמי ההשתתפות העצמית בגין תרופות הנכללות בסל הבריאות לגבי ניצולי שואה המקבלים קצבאות ממדינת ישראל ומקרו סעיף 2 (ועידת התביעות), כמו גם קבלת פטור מתשלום כלשהו בגין המחלות שהוכרו לי על פי חוק נכי רדיפות הנאצים תשי"ז – 1957.

ידוע לי, כי בכל עת בעתיד אוכל לפנות שוב למרכז המידע ברשות ולהודיע כי אני חוזרת בי מהאמור לעיל ובמקרה זה ההנחה תינתן לי החל מהחודש שלאחר הפנייה לרשות, ולא מתאריך רטרואקטיבי כלשהו.

**ולראיה באתי על החתום**

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ תאריך

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

מדינת ישראל  
משרד האוצר



מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות