

אדון / גברת נכבד/ה,

הנדון: תביעה לפי חוק נכי רדיפות הנאצים התשי"ז - 1957

על מנת שנוכל לבדוק זכאותך עפ"י החוק הינך מתבקש:

1. למלא ולחתום על התביעה המצורפת, על נספחיה.
2. לצרף לתביעה:
 - א. מסמכים רפואיים המוכיחים את קיום המחלה הנטענת ואת הקשר הסיבתי שבינה לבין הרדיפות.
 - ב. צילום קריא של תעודת הזיהוי.
 - ג. אישור השלטונות הגרמניים על תשלום פיצויים בגין "שלילת חרות" (FSB + עדויות).
 - ד. אם התביעה מוגשת ע"י עורך דין, נא לצרף ייפוי כח.

נציגי מרכז מידע עומדים לרשותך במתן הדרכה בכל הקשור במילוי הטפסים. מידע נוסף ניתן לקבל במרכז המידע של הרשות בתל – אביב, ירושלים וחיפה.

להלן מספרי הטלפון ושעות קבלת קהל במרכזי המידע שלנו:

כתובת	טלפונים	עיר
יצחק שדה 17, ת.ד. 57380, מיקוד 61572	03-5682651	תל אביב
שער פלמר 2, מיקוד 33588	04-8640838	חיפה
	04-8640839	
בנין מגדל דניאל (ליד סנטר 1), יפו 236 פינת ירמיהו מיקוד 94383	02-5018466	ירושלים

קבלת קהל : כל יום בין השעות 15:00 – 8:30, **פרט לימי ג' ו-ו'**

כתובת אתר האינטרנט של הרשות לזכויות ניצולי השואה:

[HTTP://WWW.MOF.GOV.IL/LISHKA](http://www.mof.gov.il/lishka)

בכבוד רב,

עפרה רוס
מנהלת
הרשות

תביעה לתגמול

לפי חוק נכי רדיפות הנאצים התשי"ז - 1957

לכבוד
הרשות המוסמכת
רח' יצחק שדה 17, ת.ד. 57380
תל אביב - 61572

אני החתום מטה תובעת/תגמול לפי חוק נכי רדיפות הנאצים התשי"ז - 1957.

שם משפחה _____ שם פרטי _____

שם האב _____

נולדתי בתאריך _____ בעיר _____ בארץ _____

עליתי לישראל בתאריך _____ מס' תעודת הזהות שלי _____

כתובתי הנוכחית _____ טלפון: _____

קיבלתי פיצויים ממוסדות הפיצויים של גרמניה (הקף בעיגול את התשובה) **כן / לא**

המחלות (החבלות) שנגרמו לי עקב הרדיפה הנאצית ושבגינן אני מבקש/ת הכרה הן:

חבר בקופת החולים: כללית / לאומית / מכבי / מאוחדת (סמן את הנכון).

_____ חתימת התובעת/ת

_____ תאריך

תיק מס' _____

הצהרה

הצהרתי זו ניתנת בקשר לתביעתי לתגמול לפי חוק נכי רדיפות הנאצים התשי"ז - 1957 ידוע לי כי אהיה צפוי(ה) לעונש בהתאם לחוק, בעד מסירת הצהרה כוזבת, ואני מצהיר(ה) :

1. שם המשפחה _____ שם פרטי _____ לבית _____
תעודת זהויה מס' _____ שם האב _____ שם האם _____
שם משפחת האם לפני הנישואין _____ נולדתי בתאריך _____
בארץ _____ במקום _____ רווק / נשוי / גרוש / אלמן _____
שם בן / בת הזוג _____
כתובת נוכחית: _____

עליתי לישראל בתאריך _____ כנתין מדינת _____ כמחוסר נתינות / כפליט _____

2. פרטים על הילדים שלי:

שם	תאריך לידה	מקום לידה

3. למדתי בבתי הספר הבאים:

בית"ס	מקום	משנת	עד שנת
עממי			
תיכון			
הגבוה			

4. מקומות המגורים שלי מיום הולדתי עד ספטמבר 1939:

מקום	הארץ	משנת	עד שנת

בתקופת מלחמת העולם השנייה, 1.9.1939 - 8.5.1945, הייתי במקומות הבאים:

שם המקום	משנת	עד שנת	עבדתי ב...
במקום			
בגטו			
בגטו			
במחנה			
במחנה			
במחנה			
בחיי סתר			
בחיי סתר			

5. בתקופה ועקב הרדיפות, נגרמו לי המחלות או החבלות כדלקמן:

נא לפרט קורותיך בזמן הרדיפות תוך פירוט האירועים והנסיבות:

6. לאחר תום מלחמת העולם השנייה גרתי:

במחנה עקורים (D.P.Lager) בארץ _____ מ - _____ עד

ב - 1.1.1947 הייתי ב - _____

7. התייצבתי בפני ועדה רפואית של לשכת הגיוס, כן / לא _____

מקום הבדיקה _____ תאריך הבדיקה _____

שרתי בצה"ל, כן / לא _____ מ- _____ עד _____ מס' אישי _____

עקב שרותי בצה"ל, נגרמה לי נכות, כן / לא _____ מחמת מחלה ו/או פציעה _____

קיבלתי או מקבל(ת) כיום תגמול בעד נכותי זו, כן / לא _____

8. בישראל ובחוץ לארץ הייתי מאושפז(ת) במוסדות רפואיים, או במוסדות לנכים הבאים:

שם המוסד	בגלל מחלה	משנת	עד שנת

9. לאחר יום כ"ז באדר תשי"ד (1 לאפריל 1954) הייתי בחוץ-לארץ, כן / לא _____

(נא להתייחס רק לתקופות של מעל שנה)

בארץ	משנת	עד שנת	המטרה

10. מסרתי עדות במשרד הרשות המוסמכת, כן / לא _____, עבור:

1. שם התובע _____ הכתובת _____

2. שם התובע _____ הכתובת _____

11. אני מצרף(ת) את המסמכים הבאים:

1. _____ 4. _____

2. _____ 5. _____

3. _____ 6. _____

הנני מצהיר(ה) כי הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים, ואני חותם(ת) על הצהרתי זו

מרצוני הטוב ובנוכחות מר / גב' / עו"ד _____

חתימת עד לחתימת המצהיר(ה)

חתימת התובע(ת)

מס' תעודת הזיהוי של העד(ה)

כתובתו(ה) של העד(ה)

תאריך ההצהרה: _____

נספח א'

הצהרה על תגמול ממקור נוסף

אני הח"מ: _____ מצהיר/ה בזה לאמור:

א. ידוע לי, כי נכה שנפסקו לזכותו תגמולים לפי חוק נכי רדיפות הנאצים, והוא זכאי לקצבה/ מענק בגלל נכותו מכל מקור אחר, חייבת/ת להודיע על כך לרשות בכתב תוך שלושה חודשים מיום הגשת התביעה.

בסעיפים הבאים נא להקיף את התשובה הנכונה

- ב. הגשתי לגרמניה תביעה לפיצויים עבור שלילת חופש הגשתי לגרמניה תביעה לפיצויים עבור נזק בבריאות קיבלתי פיצויים עבור שלילת חופש קיבלתי פיצויים עבור נזק בבריאות ממוסדות הפיצויים בגרמניה
- כן / לא
- כן / לא
- כן / לא
- ג. הנני מקבלת/ כיום פיצויים עבור נזק בבריאות ממוסדות הפיצויים בגרמניה
- כן / לא
- ד. הנני מקבלת/ כיום תגמול מוועידת תביעות מקרן סעיף 2
- כן / לא
- ה. קיבלתי בעבר תגמול מוועידת תביעות מקרן סעיף 2
- כן / לא

אני מצהיר(ה) כי זה שמי וזו חתימתי ותוכן הצהרתי זו אמת, וכי ידוע לי כי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק בגין מסירת ידיעות כוזבות.

ולראיה באתי על החתום ביום _____ לחודש _____ לשנת _____

חתימת
המצהיר/ה

נספח ב'

הנדון: בקשה לקיום וועדה רפואית ללא נוכחות

לתשומת ליבך, ניתן לזרז את הטיפול בתביעתך וזאת אם הינך מאשר את הסכמתך לכך כי הוועדה הרפואית תקבע את דרגת נכותך על פי המסמכים הרפואיים שהמצאת וללא נוכחותך. הכל בכפיפות לכך שהרשות תכיר בך כנכה על פי החוק שבנדון ובמחלתך כקשורה ברדיפות. אם הינך מסכים לאמור לעיל, נבקשך לחתום על בקשה זו ולהמציאה יחד עם מסמכי התביעה.

תאריך	מס' תעודת זהות	שם פרטי ומשפחה	חתימה
-------	----------------	----------------	-------

נספח ג'

מדינת ישראל
משרד האוצר
הרשות לזכויות ניצולי השואה

כתב ויתור על סודיות

אני הח"מ _____ ת.ז. _____ נותן בזאת רשות לכל רופא ו/או עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או כל גורם אחר, לרבות אך מבלי למעט, למוסד לביטוח לאומי, למשרד הביטחון, לשלטונות צה"ל, לוועידה בנוגע לתביעות יהודיות חומריות כנגד גרמניה (ועידת התביעות), למוסדות הפיצויים הגרמניים (להלן: "נותני השירות") למסור לרשות לזכויות ניצולי השואה במשרד האוצר (להלן: "הרשות") ו/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

חתימה

תאריך

תאריך משלוח _____
מס' תיק _____
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 ומקורן 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