



אל: הרשות לזכויות ניצולי שואה רח' יצחק שדה 17 ת.ד. 57380 ת"א 6157302, מרכז מידע טל': 03-5682651 פקס: 03-5682605

בקשה לתגמול אלמן/ה לפי הכנסה או מוגדל לפי הכנסה

לפי חוקים: נכי רדיפות הנאצים תשי"ז/1957/חוק נכי המלחמה בנאצים תשי"ד/1954/חוק הטבות לניצולי שואה התשס"ז/2007

תיק אלמן/אלמנה.....
מס' תיק מנוח.....

פרטי האלמן/ה

אלמן/ה	פרטי המנוח	
		שם המשפחה
		שם פרטי
		מס' זהות

כתובת: רח' _____ מס': _____ עיר: _____ מיקוד: _____ טל' _____ נייד _____

פרטים על הכנסות

סמן X במשבצת המתאימה	פירוט הסכומים ברוטו	אישורים נדרשים
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	1. מעסק עצמאי (כולל משק פעיל)	צדק דו"ח שומה אחרון
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	2. כשכיר	צדק 6 תלושי משכורת של השנה הקודמת
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	3. כחבר קיבוץ/מושב שיתופי	צדק אישור מזכירות הקיבוץ על הסכום המדווח למוסד לביטוח לאומי כהכנסה לחבר
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	4. מבטוח לאומי: <input type="checkbox"/> קצבת זקנה ביחד עם בן/ת זוגי. <input type="checkbox"/> קצבת זקנה <input type="checkbox"/> קצבת שארים <input type="checkbox"/> קצבת נכות כללית <input type="checkbox"/> אחר, פרט	
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	5. מפנסיה (זכויות שצברתי בתקופת עבודתי)	צדק 6 תלושי פנסיה של השנה הקודמת מיולי עד דצמבר
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	6. מפנסיות שארים (שלא מבטוח לאומי) ממקום העבודה של בן /בת זוג ז"ל	צדק 6 תלושי פנסיה של השנה הקודמת
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	7. תגמולים מחו"ל/אחר פרט: _____	צדק אישור על תגמולים מחו"ל (למעט קצבת קרן סעיף 2 המשולמת באמצעות ועידת התביעות)
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	8. מהשכרת נכס (שאינה הדירה היחידה בבעלותך)	צדק חוזה שכירות דירה או נכס אחר
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	9. תוכניות חסכון/קופות גמל/פיקדונות/ניירות ערך שערכן הכולל להיום:	צדק _____ ש"ח
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	10. הכנסה אחרת (לרבות תגמולים/קצבאות ממשרדי ממשלה אחרים, מזונות): _____	צדק _____ ש"ח לחודש



ג. למי שמאושפז במוסד לחולים כרוניים / קשישים / אחר

לתשומת ליבך נכה השוהה במוסד על החשבון המדינה ואין בן משפחה תלוי בו, איננו זכאי לתגמול לפי הכנסה/ מוגדל לפי הכנסה. כמו כן, התגמול הרגיל שלו הוא זכאי יוקטן ב- 75% החל מהחודש הרביעי לשהייתו במוסד וכל עוד הוא שוהה בו.

שם המוסד:

כתובת:

עיר: טלפון:

נא לסמן:

המדינה/ הרשות המקומית נושאת **במלוא** הוצאות שהייתי במוסד הנ"ל.

אני מצהיר כי אני ומשפחתי משתתפים בהוצאות האשפוז והעלות איננה מוטלת במלואה על המדינה.

אני מסכים כי במידה ואמצא זכאי לתגמול לפי הכנסה/מוגדל לפי הכנסה, יועברו פרטיי כולל סכום התגמול לו אהיה זכאי למשרד הבריאות

הצהרה

- אני מתחייב להודיע בכתב לרשות לזכויות ניצולי השוואה על כל שינוי שיחול במצבי האישי ו/או הכלכלי המשפיע על זכאותי לתגמול נוסף או שיעורו תוך 30 יום מיום השינוי.
- הנני מצהיר בזה כי הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים, וידוע לי כי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק על מסירת ידיעה כוזבת.

חתימה

תאריך