



בקשה לקבלת מענק רבעוני למקבל רנטה מגרמניה (BEG)

טופס זה מיועד לניצולי שואה שמקבלים קצבה חודשית מגרמניה בשל נזקי בריאות, בהתאם לחוק הפיצויים הפדראלי הגרמני (BEG), ואינם מקבלים קצבה חודשית בשל נרדפותם מכל מקור אחר.

סכום המענק הרבעוני למי שיימצא זכאי הוא 2,530 ₪.

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

א. 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:
תאריך עלייה:	מצב משפחתי:	
חבר/ה בקופת החולים: כללית / לאומית / מכבי / מאוחדת		
האם את/ה מקבל/ת קצבה חודשית מגרמניה בשל נזקי בריאות, בהתאם לחוק הפיצויים הפדראלי הגרמני (BEG): כן / לא נא לצרף אסמכתא		
האם את/ה מקבל/ת קצבה חודשית נוספת בגין הנרדפות בשואה, ממקור אחר? כן / לא אם כן – מהיכן: _____ סכום הקצבה: _____		

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>



ב. כתובת מגורים

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

ג. מסמכים אשר יש לצרף

1. צילום מלא של תעודת זהות (כולל הספח).
2. אם קיים אפוסטרופוס, יש לצרף צו מינוי בתוקף.
3. אסמכתא / מסמכים המעידים על קבלת קצבה חודשית מגרמניה בשל נזקי בריאות לפי חוק הפיצויים הפדראלי הגרמני (BEG).

ד. ויתור על סודיות

אני מאשר/ת לרשות לזכויות ניצולי השואה למסור כל מידע הנוגע לתביעתי או לפרטיי האישיים, לכל גוף ציבורי או פרטי, לרבות משרדי ממשלה, המוסד לביטוח לאומי, ועידת התביעות, וקופות חולים. וכן לקבל מכל גוף כאמור כל מידע הנוגע לתביעתי זו.

הרשאתי למסירת מידע ניתנת לצורך קבלת כל הטבה, קיימת ועתידית, שאני עשוי/ה להיות זכאי/ת לה.

ה. חשבון בנק

אני מאשר/ת כי המענק הרבעוני ישולם מדי רבעון לחשבון הבנק שפרטיו מופיעים בטופס המצ"ב.

ו. הצהרה

אני מצהיר/ה כי כל הפרטים שמסרתי הינם נכונים ומלאים.

ז. ולראייה באתי על החתום:

שם	חתימה	תאריך
_____	_____	_____

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות



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: _____

במידה וקיים 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. ככל שקיים אפוטרופוס כללי/רכוש, נא לצרף צו מינוי אפוטרופוס מעודכן.

את הטופס המלא יש לשלוח למח' תשלומים - הרשות לזכויות ניצולי השואה, בדואר או בפקס או במייל:

כתובת: בנין נצבא רח' יצחק שדה 17, ת.ד. 57380 תל אביב, מיקוד 6157302.
פקס: 03-5682618
דוא"ל: info@hsa.gov.il

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>