



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 לפי הכנסה או מוגדל לפי הכנסה

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

נא לציין מס' תיקך ברשות
תיק מס' _____

א. פרטי המבקש (נשוי/רווק/אלמן/גרוש)

שם המשפחה	המבקש	בן/בת הזוג
שם פרטי		
מס' זהות		

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

ב. פרטים על הכנסות

סמן X במשבצת המתאימה	פירוט הסכומים ברוטו	אישורים נדרשים
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סך _____ ש"ח לשנה	צרף דו"ח שומה אחרון
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סך _____ ש"ח לחודש	צרף 6 תלושי משכורת של השנה הקודמת
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סך _____ ש"ח לחודש	צרף 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"/>	סך _____ ש"ח לחודש	צרף 6 תלושי פנסיה של השנה הקודמת מיולי עד דצמבר
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סך _____ ש"ח לחודש	צרף 6 תלושי פנסיה של השנה הקודמת
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סך _____ לחודש סוג המטבע _____	צרף אישור על תגמולים מחו"ל (למעט קצבת קרן סעיף 2 המשולמת באמצעות ועידת התביעות)
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סך _____ ש"ח לחודש	צרף חוזה שכירות דירה או נכס אחר
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סך _____ ש"ח	9. תוכניות חסכון/קופות גמל/פיקדונות/ניירות ערך שערכן הכולל להיום:
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סך _____ ש"ח לחודש	10. הכנסה אחרת (לרבות תגמולים/קצבאות ממשרדי ממשלה אחרים, מזונות):



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 השואה 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