



תביעה לתגמול

לפי חוק נכי המלחמה בנאצים תשי"ד – 1954

לכבוד
הרשות המוסמכת
רח' יצחק שדה 17, ת.ד. 57380
תל אביב - 6157302

אני החתום/מה מטה תובע/ת תגמול לפי חוק נכי המלחמה בנאצים התשי"ד - 1954.

א. פרטים אישיים:

שם משפחה בעברית:		שם פרטי בעברית:		מספר זהות:	
שם משפחה בלועזית:		שם פרטי בלועזית:		שם האב:	
(באותיות דפוס)		(באותיות דפוס)			
תאריך לידה:		תאריך עליה:		מקום לידה:	ארץ לידה:

כתובת מגורים

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

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

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. פרטים על בני משפחה:

שם	תאריך לידה	התעסקות	כתובת
אשה/בעל			
ילד(ה)			
ילד(ה)			
ילד(ה)			
ילד(ה)			

ג. שרתתי בתקופת מלחמת העולם השנייה, שרות פעיל בצבא _____ של מעצמות הברית/ ביחידה לוחמת במחותרת נגד שלטון עוין.

מתאריך	עד	ביחידה	בתפקיד	מקום השירות	המדינה

מסמכים המעידים על שירותי הנ"ל רצופים בזה: במקור/בתצלום/בהעתק מוסמך/בתרגום מאושר (מחק את המיותר)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

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>



ד. פרטי החבלה שבגללה הנני תובע/ת תגמול:

הערות	החבלה נגרמה		הפעולה		הפעולה הצבאית שבגינה נחבלתי
	בחלק גוף	ע"י	מקום	תאריך	

נסיבות המקרה (תאר כיצד נפגעת)

מסמכים המעידים על חבלה (לרבות תעודות רפואיות והחלטות ועדות רפואיות בפניהן עמדתי בחו"ל).

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

הנני מצהיר/ה בזה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הנם לפי מיטב ידיעתי נכונים ומלאים וכן ידוע לי כי הנני צפוי/ה לעונשים בהתאם להוראות סעיף 26 של החוק הנ"ל בעד מסירת ידיעה כוזבת.

חתימת התובע/ת

תאריך

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>