

**בקשה למענק שנתי בהתאם להחלטה מנהלית**

**לידיעתך:** מרכז המידע עומד לרשותך בטל' שמספרו: 03-5682651 או 5105\*, וככל שתמצא בכך, ניתן לשלוח אליך מתנדב שיסייע לך במילוי הטופס.

בנוסף, ככל שתמצא ייעוץ משפטי עומד לרשותך סיוע משפטי **בחנם**, ממשרד המשפטים, בטל' שמספרו: 1-700-70-60-44.

אני הח"מ מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

שם משפחה בעברית:		שם פרטי:		מספר זהות:	
שם נעורים (פרטי ומשפחה):		תאריך לידה:		תאריך עליה:	
עיר לידה:		שם האב:		שם האם:	
חבר בקופת החולים: כללית / לאומית / מכבי / מאוחדת (סמן את הנכון)					
רחוב:		מס' בית:	כניסה:	מס' דירה:	ישוב / עיר:
מיקוד:		טלפון:		טלפון נוסף:	

הריני מבקש לקבל מענק שנתי בהתאם להחלטה המנהלית שניתנה על ידי שר האוצר, ועל כן אני מצהיר:

1. בתקופת מלחמת העולם השנייה הייתי במרוקו/באלג'יריה (במרוקו בין 22.6.40 לבין 10.11.42 ובאלג'יר בין 22.6.40 לבין 7.11.42). במהלך תקופה זו חוויתי אחת או יותר מההגבלות הבאות (נא סמן V במקום המתאים):

הגבלה בתעסוקה. נא לפרט (מתי הוטלה ההגבלה, במה עסקת לפני ההגבלה ובמה לאחר מכן וכיו"ב):

---

---

---

הגבלה במקום מגוריי. התגוררתי במקום מגורים עליו חל הטאהיר שהוצא בחודש אוגוסט 1941 לפיו נאסר על יהודים לגור ברבעים האירופאיים. נא לפרט מה היה מקום מגוריך:

---

---

---

---

חתימה

שם המבקש

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

הגבלה אחרת: נא לפרט.

ניתן לצרף דף נוסף לצורך הפירוט.

2. אינני מקבל קצבה חודשית, מכל גורם שהוא, בקשר עם קורותיי בתקופת מלחמת העולם השנייה.
3. למי שהגיש תביעה לפי חוק נכי רדיפות הנאצים, תשי"ז-1957 / חוק הטבות לניצולי שואה, תשס"ז-2007 – ידוע לי כי תביעתי זו נדחתה.
4. ידוע לי כי ההחלטה המנהלית (שעניינה מענק שנתי ופטור מתשלום עבור תרופות) נועדה למי שאיננו מעוניין בניהול הליכים משפטיים לקבלת תגמולים חודשיים לפי חוק נכי רדיפות הנאצים/ חוק הטבות לניצולי שואה.
5. ידוע לי כי לצורך קבלת מענק זה לא נדרש ממני נטל ההוכחה הנדרש בהתאם לדין.
6. יש לצרף לבקשה:
  - א. צילום מלא של תעודת זהות (כולל הספח).
  - ב. אם קיים אפוטרופוס, יש לצרף צו למינוי אפוטרופוס.
  - ג. טופס פרטי חשבון בנק (מצ"ב).
7. ויתור על סודיות  
אני מאשר/ת לרשות לזכויות ניצולי השואה לקבל או למסור כל מידע בקשר אליי, הנוגע לבקשתי מכל גוף ציבורי או פרטי בישראל או בחו"ל, לרבות מועידת התביעות החומריות. כן אני מסכים להעברת פרטי לקופת חולים לצורך קבלת הטבות.
8. הצהרה  
אני מצהיר/ה בזאת כי זה שמי וזו חתימתי ותוכן הצהרתי אמת, וכי כל הפרטים שמסרתי הינם נכונים ומלאים. כן אני מצהיר כי ידוע לי כי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם אמסור מידע שאיננו אמת.
9. ולראייה באתי על החתום:

תאריך

חתימה

שם

---

---

---

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות



הרשות  
לזכויות  
ניצולי  
השואה

מדינת ישראל  
משרד האוצר

שם :  
תאריך :  
ת.ז. :

פרטי חשבון בנק:

לכבוד: משרד האוצר  
הרשות לזכויות ניצולי השואה  
מחלקת תשלומים

אני בעל/ת תעודת זהות מספר \_\_\_\_\_ מבקש/ת לשלם לי את התגמולים ו/או  
תשלומים אחרים 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 למחלקת תשלומים באוצר- הרשות לזכויות ניצולי השואה, בדואר  
או בפקס או במייל :

כתובת : בניין נצבא רח' יצחק שדה 17, ת.ד. 57380 תל אביב, מיקוד 6157302

פקס: 03-5682618

דוא"ל: [info@shikum.mof.gov.il](mailto:info@shikum.mof.gov.il)

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות