

אדון / גברת נכבד/ה,

הנדון: בקשה לקבלת הנחה בתרופות

על מנת שנוכל לבדוק זכאותך הנך מתבקש:

1. למלא ולחתום על הבקשה המצורפת
2. לצרף לבקשה:
 - א. צילום קריא של תעודת הזיהוי.
 - ב. אישור המעיד על קבלת תשלום בשל הנרדפות בשואה מגרמניה, מועידת התביעות או ממדינת חוץ אחרת. קצבה או מענק חד פעמי.
 - ג. אם התביעה מוגשת ע"י עורך דין, נא לצרף יפוי כוח.

נציגי מרכז מידע עומדים לרשותך במתן הדרכה בכל הקשור במילוי הטפסים. מידע נוסף ניתן לקבל במרכז המידע של הרשות בתל – אביב, ירושלים וחיפה.

להלן מספרי הטלפון ושעות קבלת קהל במרכזי המידע שלנו:

כתובת	טלפונים	עיר
רח' יצחק שדה 17, ת"ד 57380, מיקוד 6157302	03-5682651	תל אביב
רח' פל-ים 7, ת"ד 141, מיקוד 3100101	04-8640838	חיפה
	04-8640839	
רח' יפו 236 פינת רח' ירמיהו, מיקוד 9438317 בניין דניאל (ליד סנטר 1)	02-5018465	ירושלים
	02-5018466	

קבלת קהל : כל יום בין השעות 15:00 – 8:30, **פרט לימי ג' ו- ו'**

כתובת אתר האינטרנט של הרשות לזכויות ניצולי השואה:

<http://ozar.mof.gov.il/shoarights/>

בכבוד רב,

עפרה רוס

מנהלת הרשות לזכויות ניצולי השואה

תיק מס' _____

בקשה לקבלת הנחה בתרופות

לכבוד
הרשות המוסמכת
רח' יצחק שדה 17, ת.ד. 57380
תל אביב 61572

אני החתום מטה מבקש/ת הנחה בתרופות

הצהרתי זו ניתנת בקשר לבקשתי. ידוע לי כי אהיה צפוי(ה) לעונש בהתאם לחוק, בעד מסירת הצהרה כוזבת, ואני מצהיר(ה) בזאת כדלהלן :

1. שם המשפחה _____ שם פרטי _____ לבית _____
תעודת זיהוי מס' _____ שם האב _____ שם האם _____ שם משפחת האם _____
לפני הנישואין _____ נולדתי בתאריך _____ בארץ _____ במקום _____
רווק / נשוי / גרוש / אלמן _____
שם בן / בת הזוג _____
כתובתי הנוכחית: _____ טלפון: _____
עליתי לישראל בתאריך _____
חבר בקופת החולים: כללית / לאומית / מכבי / מאוחדת (סמן את הנכון).

פירוט קורותיי בתקופת השואה:

קיבלתי תשלום בקשר עם נרדפותי בשואה, כדלהלן:

- א. קיבלתי תשלום חודשי או חד פעמי ממוסדות הפיצויים של גרמניה (הקף בעיגול את התשובה) **כן / לא**
ב. קיבלתי תשלום חודשי או חד פעמי ממדינת חוץ אחרת (הקף בעיגול את התשובה) **כן / לא**.
אם כן – נא פרט מאיזו מדינה _____
ג. קיבלתי תשלום חודשי או חד פעמי מועידת התביעות החומריות של יהודים נגד גרמניה ("ועידת התביעות")
(הקף בעיגול את התשובה) **כן / לא**

מצורף אישור על קבלת תשלום כאמור.

אני מודע לכך כי ככל שאני כבר מקבל הנחה בתרופות מתוקף הסדר אחר, לא אהיה זכאי להטבה זו.

**מדינת ישראל
משרד האוצר**



הנני מצהיר(ה) כי הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים, ואני חותם(ת) על הצהרתי זו מרצוני הטוב
ובנוכחות מר / גב' / עו"ד _____

חתימת עד לחתימת המצהיר(ה)

חתימת התובע(ת)

תאריך ההצהרה: _____

מדינת ישראל
משרד האוצר
הרשות לזכויות ניצולי השואה

כתב ויתור על סודיות

אני הח"מ _____ ת.ז. _____ נותן בזאת רשות לכל גורם רלוונטי לרבות המוסד לביטוח לאומי, ועידת התביעות היהודיות החומריות כנגד גרמניה, מוסדות הפיצויים הגרמניים, כל מדינת חוץ רלוונטית אחרת, וכן כל מוסד רפואי או קופת חולים (להלן: "נותני המידע") למסור לרשות לזכויות ניצולי השואה במשרד האוצר (להלן: "הרשות") ולמי מטעמה, את כל המידע עלי המצוי בידי נותני השירות. בכלל זה כל מידע שיהיה רלוונטי לכל זכות נוספת שעשויה להינתן לי בעתיד, לפי כל דין, לרבות לצורך בדיקת זכאותי לזכות כאמור.

הנני משחרר את נותני השירות מחובת שמירה על סודיות ולא תהיה לי כלפיכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר לאמור בכתב ויתור סודיות זה.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע שברשותכם וברשות נותני השירות.

חתימה

תאריך

הסכמה להעברת פרטים לקופת חולים

אני מסכים, כי הרשות לזכויות ניצולי השואה תעביר לקופת החולים, בה אני חבר, את פרטי הכוללים: שם פרטי, שם משפחה ומספר תעודת זהות, וזאת על מנת לקבל הנחה בדמי ההשתתפות העצמית בגין תרופות בסל הבריאות וכל הטבה אחרת מתוקף הכרה בזכאותי לפי תביעה זו, ככל שאוכר כזכאי.

חתימה

תאריך