



הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.)

The Foundation for the Benefit of Holocaust Victims in Israel

רחוב קפלן 17, ת"א. מען למכתבים: ת.ד. 7197 ת"א, 64734

טל: 03-6090866 פקס: 03-5624230

סיוע לניצולי שואה יוצאי הונגריה המוגדלת- טופס בקשה להחזר כספי

א. פרטי המבקש/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות)

מספר ת"ז _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____

עיר _____ רחוב _____ מס' בית _____ מיקוד _____ טל: _____

ארץ לידה _____ עיר לידה _____ שנת לידה _____ שנת עליה _____ מצב משפחתי _____

שם עיר הלידה בשפה ההונגרית (באותיות לועזיות) _____

ב. מטרות המענק המבוקש: 1. _____ 2. _____ 3. _____

ג. הכנסה חודשית (יש לצרף צילומי תלושים של הכנסות ובנוסף דפי עו"ש ל 3 חודשים האחרונים)

ביטוח לאומי _____ ע"פ פנסיה _____ ע"פ מקור אחר _____ ע"פ _____

תגמולים ממשרד האוצר / קרן סעיף 2 / רנטה מגרמניה _____ ע"פ _____

ד. תאר בראשי פרקים היכן וכיצד עברת את השואה (יש לצרף מסמכים המעידים כי המבקש/ת מהונגריה המורחבת). יש לציין בנקודות מקום הרדיפה, תאריכים וסוג הרדיפה (למשל גטו וכו').

ה. פרטי חשבון בנק (יש לצרף אישור מהבנק כי החשבון ע"ש המבקש או צילום שיק מבוטל)

אבקש להעביר את סכום המענק לחשבון מספר _____ על שם _____

בנק: _____ קוד בנק: _____ סניף: _____ קוד סניף: _____

ו. הצהרה - בחתימתי זו הנני מצהיר/ה כדלקמן:

א. אני מסמיך/ה אתכם למסור לכל גוף ממשלתי, ציבורי או פרטי, בישראל או בחו"ל, וכן לקבל מכל גורם כנ"ל כל מידע בנוגע אליי ולבקשתי זו ולהכנסותי לרבות: למסור, לקבל, לבדוק ולאמת כל מידע ממאגר מרשם האוכלוסין במשרד הפנים, כולל: שם פרטי ושם משפחה, סטאטוס (נפטר) ותאריך פטירה, תאריך וארץ לידה, תאריך וארץ עליה, מצב משפחתי, ת"ז, כתובת, לאום, ייעוד המענק, פרטי הכנסות וכל מידע רלוונטי נוסף, אם וככל שיידרש. אני מוותר/ת בזאת על זכויותיי לסודיות שיפגעו מהשימוש שיעשה במידע שיימסר או שיתקבל כאמור, לצורך קבלת ו/או ביצוע ההחלטה באשר לזכאותי לקבלת מענק.

ב. אני מצהיר/ה כי ידוע לי שפניתי אל הקרן לקבלת החזר כספי נעשתה ביוזמתי בלבד ומבלי שהקרן התחייבה כלפיי או הבטיחה לי החזר חלקי או מלא של ההוצאות המפורטות בבקשתי או עודדה אותי לבצע רכישות כלשהן לצורך קבלת החזר.

ג. הנני מצהיר/ה כי הפרטים אשר מסרתי הנם נכונים ומלאים, ידוע לי כי מסירת הצהרה כוזבת ו/או לא מלאה תגרום לביטול זכאותי לסיוע מהקרן לאלתר.

חתימת המבקש: _____ תאריך: _____

