



# משרד הבריאות

**טופס 1**

[תקנה 2 (א)]

## תביעה למענק שאירים לפי החוק לפיצוי נפגעי גזת, ה'תשנ"ד-1994

### חלק א'

(1) **פרטי התובע/ת**

שם התובע/ת: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_  
קירבה לאדם שמכוחו נתבע המענק \_\_\_\_\_ (להלן – המנוח/ה).  
לתובע/ת שהיה/תה בן/בת זוגו של המנוח/ה בעת פטירתו/ה, האם נישא/ה מחדש לאחר פטירת המנוח/ה:  
כן / לא (מחקי את המיותר)

כתובת: ישוב/עיר \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מס' בית \_\_\_\_\_  
מס' דירה \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_ מס' טלפון \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(2) **פרטי המנוח/ה**

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_  
תאריך פטירה \_\_\_\_\_ מקום פטירה \_\_\_\_\_

(3) **פרטים על הילדים**

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	תאריך לידה
_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	____/____/____

(4) **מס' חשבון הבנק של תובע/ת המענק**

שם הבנק \_\_\_\_\_ שם הסניף \_\_\_\_\_  
מס' חשבון בנק \_\_\_\_\_ כתובת סניף הבנק \_\_\_\_\_

### חלק ב'

(א) למנוח/ה ניתן, למיטב ידיעתי, טיפול בהקרנה בתקופה שמיום \_\_\_\_\_ ועד יום \_\_\_\_\_  
לשם טיפול במחלת הגזת שבה חלה או לשם מניעת מחלת הגזת,  
על ידי \_\_\_\_\_ ב - \_\_\_\_\_  
(הגוף המטפל) (המקום)

(ב) 1. המחלה שבה חלה/תה המנוח/ה כתוצאה מטיפול בהקרנות שקיבל/ה אובחנה  
בידי \_\_\_\_\_ בתאריך \_\_\_\_\_  
(הרופא / המוסד הרפואי)

2. למיטב ידיעתי, נפטר/ה המנוח/ה מן המחלה: כן / לא (מחקי את המיותר)

(ג) רצ"ב מסמכים ואישורים להוכחת תביעה כמפורט להלן :

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

- (ד) 1. אין לי כל תביעה אחרת בשל העילות המנויות בחוק , לא הגשתי תביעה לבית המשפט בשל העילות המנויות בחוק.
2. אני מצהיר /ה כי למיטב ידיעתי לא הוגשה בידי המנוח /ה או אדם אחר תביעה לבי ת משפט בשל העילות המנויות בחוק.

(ה) בשל המחלה שבה חלה/תה המנוח/ה כאמור לעיל כתוצאה מהטיפול בהקרנות שניתנו כאמור :

- הוגשה, למיטב ידיעתי, תביעה ב \_\_\_\_\_
- מס' תיק בבית משפט, נגד \_\_\_\_\_
- פסק הדין בתיק ניתן ביום \_\_\_\_\_ לפי \_\_\_\_\_
- לא הוגשה תביעה.

## תצהיר התובע

אני הח"מ \_\_\_\_\_ בעלת ת.ז. \_\_\_\_\_ לאחר \_\_\_\_\_  
שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפוי /ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן ,  
מאשר/ת בזה כי כל שנאמר בכתב תביעה זה הוא אמת.

\_\_\_\_\_ *חתימה*

\_\_\_\_\_ *תאריך*

## אישור

אני עו"ד \_\_\_\_\_ מאשר/ת כי ביום \_\_\_\_\_ הופיע/ה בפני \_\_\_\_\_  
שהזדהה/תה בתעודת הזהות מס' \_\_\_\_\_ ולאחר שהוזהרתי/ה כי עליו/ה להצהיר את  
האמת וכי אם לא /תעשה כן /תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

\_\_\_\_\_ *חתימת וחותמת עו"ד /  
מזכיר בית משפט*

\_\_\_\_\_ *תאריך*

# נספח השלמת פרטים אישיים – תביעת שאירים

ישוב מגורים בעת עליית  
המנוח

ארץ לידת  
המנוח

שם פרטי קודם  
של המנוח

שם משפחה קודם  
של המנוח

ארץ לידת אב המנוח

שם אב קודם של המנוח

שם אב המנוח

← מספרי טלפון נוספים: מס' טלפון נייד

מס' טלפון בעבודה

מס' פקס

← ציין מס' תיבת דואר (במידה וקיים)

**חשוב** כהשלמת כתובת בפרט בישובים שבהם קיימים מרכזי חלוקת דואר באמצעות תיבות דואר.

← האם קיבל המנוח את הטיפול במחנה מעבר? לא / כן

שם המחנה: \_\_\_\_\_ שם הארץ בו נמצא המחנה: \_\_\_\_\_

← יש לציין שמות בני משפחה אשר טופלו יחד עם המנוח:

שם פרטי	שם משפחה	מס' תעודת זהות	קירבה

← באפשרותך לצרף מכתב אישי לטופס התביעה.

אני החתום מטה מצהיר/ה בזה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים.

חתימה

תאריך