



## הצהרה

### לצורך קבלת תגמול טיפול רפואי לפי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה ותקנותיו לעובד עצמאי

אני הח"מ:

מספר זהות ס"ב	שם פרטי	שם משפחה

מצהיר בזאת כדלקמן:

1. הנני מבקש תגמולים על ביטול ימי עבודה עקב הזדקקותי לטיפול רפואי מתאריך \_\_\_\_\_ ועד תאריך \_\_\_\_\_ (סה"כ \_\_\_\_\_ ימים) הכל לפי אישור הרופא המוסמך המצ"ב לתביעה.
2. עבודתי הרגילה הינה בתעסוקה עצמית כמפורט להלן:  
שם העסק: \_\_\_\_\_ עיסוק: \_\_\_\_\_  
כתובת העסק: \_\_\_\_\_  
מספר עובדים: \_\_\_\_\_  
הנני עצמאי מתאריך: \_\_\_\_\_
3.  בתקופת ביטול ימי עבודה שצוינו לעיל לא עבדתי בעסקי או בכל עיסוק אחר.  
 בתקופה שצוינה לעיל הובטלתי יום ביטול חלקי של \_\_\_\_\_ שעות.  
(מתייחס לזכאי המובטל יום ביטול חלקי)
4. סכום הכנסתי הרגילה לשנת המס הקודמת היתה \_\_\_\_\_ ש"ח עפ"י הצהרתי לשלטונות מס הכנסה לשנת השומה הקודמת.  
מצ"ב שומה משלטונות מס הכנסה.
5. ידוע לי שבמידה ושיעור הכנסתי לשנת השומה הנוכחית יהיו פחותים מהנקובים בסעיף 4 לעיל, אהיה זכאי להגיש בקשה להשלמת התשלום ששולם לי על פי תקנות טיפול רפואי, אם אמציא שומה המאשרת זאת מאת שלטונות מס הכנסה ולאחר בדיקה נוספת.  
אם שיעור הכנסתי לשנת השומה הנוכחית יהיו גדולים מהנקובים בסעיף 4 לעיל, ינוכה מתגמולי הסכום העודף שקיבלתי לפי תקנות טיפול רפואי.
6. א. איני מקבל קצבה מכל מקור אחר.  
ב. אני מקבל קצבה או הכנסה ממקור אחר, פרט \_\_\_\_\_  
(מחקי את המיותר)
7. תצהיר זה ניתן בתמיכה לבקשתי לקבלת תגמול לפי תקנות טיפול רפואי על ביטול ימי עבודה.

חתימת המצהיר \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_