



לכבוד

הרשות לקביעת זכאות לתגמולים
לאסירי ציון, בני משפחותיהם
ובני משפחות הרוגי מלכות
ת.ד. 13061, ירושלים

מספר זהות									
סוג		דפים		המסמך					

הנדון: בקשה להכרה לקבלת תגמולים לאסיר ציון / עציר ציון

(ראה הוראות למלוי הטופס בעמ' 4)

אני החתום/ה על טופס זה מבקש/ת בזה להכיר בי כ-אסיר ציון / עציר ציון (מחק את המיותר).

חלק א'

פרטים על אסיר ציון / עציר ציון:

שם משפחה (בעברית ובשפת ארץ המוצא)		שם פרטי (בעברית ובשפת ארץ המוצא)		תאריך לידה		מספר זהות ס"ב	
שם האב		מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		ארץ לידה		תאריך עליה	
מצב משפחתי		<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> שוהה במוסד סיעודי <input type="checkbox"/> כן איזה		ארץ המאסר		מספר טלפון סלולרי	
<input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> עגונה		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		מספר טלפון בבית		מיקוד	
רחוב		מספר בית		כניסה		דירה	
						יישוב	

חלק ב'

פרטים על פעילות ציונית (פרט לפי תקופות ותאריכים):

שם הארגון, המסגרת	מ	לתקופה א' עד	מ	לתקופה ב' עד	אסמכתא (פרט מסמכים שצרפת בענין פעילות ציונית)
שם הארגון, המסגרת					
מקום הפעילות (ארץ, עיר)					
סוגי הפעילות					
שמות העדים וכתובותיהם	.1	שם משפחה ופרטי		שם משפחה ופרטי	
		כתובת		כתובת	
	.2	שם משפחה ופרטי		שם משפחה ופרטי	
		כתובת		כתובת	
	.3	שם משפחה ופרטי		שם משפחה ופרטי	
		כתובת		כתובת	

חלק ג'

פרטים על תקופות מאסר / מעצר (אם נאסרת / נעצרת מספר תקופות נא פרט בעמודות המתאימות):

מקום המאסר / מעצר	מ	לתקופה א' עד	מ	לתקופה ב' עד	מ	לתקופה ג' עד
מקום המאסר / מעצר						
לפי פסק דין מיום						
לפי סעיף _____ לחוק						
פרטי האשמה						
נסיבות המאסר / מעצר ותנאיו (סוגי עבודה, תנאי חיים)						
שמות העדים וכתובותיהם	.1	שם משפחה ופרטי		שם משפחה ופרטי		שם משפחה ופרטי
		כתובת		כתובת		כתובת
	.2	שם משפחה ופרטי		שם משפחה ופרטי		שם משפחה ופרטי
		כתובת		כתובת		כתובת

עמוד 2 מתוך 4

חלק ד'

1. פרטי הנכות

אם חלית בעת המאסר / מעצר ואבדת את הכושר לפעול פעולה רגילה בין גופנית ובין שכלית ובין שפחיתתו של כושר זה הינה תוצאה מהחמרת מחלה או חבלה ואם תוכר כאסיר / עציר ציון הנך מתבקש לתת תאור מלא של המחלה או החבלה (נסיבות וגורמיה) בהתאם לשאלות הבאות:

פרט המחלות והחבלות שנגרמו לך בתקופת המאסר / מעצר	פרט נסיבות גרימת המחלה / חבלה וגורמיה	ציין התאריך המדוייק שבו חלית / נחבלת						
		<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום			
שנה	חודש	יום						
		<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום			
שנה	חודש	יום						
		<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום			
שנה	חודש	יום						

2. ציין שמות האנשים המעידים כי המחלה/ות או החבלה/ות ארעו בתקופת מאסרך / מעצרך.

שם העד	כתובתו	
		1.
		2.
		3.

3. האם נזקקת לאשפוז בבית-החולים בתקופת המאסר כתוצאה מאחת המחלות / החבלות הנ"ל, פרט:

לא

כן, פרט:

המחלה בגללה אושפזת	מקום המוסד או בית החולים המאשפז	תקופות האישפוז					
		עד תאריך			מתאריך		
		שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום

4. האם נזקקת לטיפול רפואי לאחר המאסר בהיותך בחו"ל כתוצאה מחבלה או מחלה שנגרמו לך במאסר?

לא

כן, פרט:

תאריך הטיפול	המחלה	מקום המוסד הרפואי באמצעותו קבלתי טפול (ביה"ח, מרפאה, רופא פרטי)	סוג הטיפול (בדיקות, טפול בתרופות, פיזיותרפיה, יומי / שבועי)

5. מה הן המגבלות שיש לך היום כתוצאה מפגיעה או מחלה שנגרמו לך במאסר / מעצר, פרט:

לא

כן

6. האם סבלת בעבר ממגבלות דומות?

עמוד 3 מתוך 4

7. פרטים על טפול רפואי בארץ:

כתובת המוסד או הרופא הפרטי	שם המוסד הרפואי באמצעותו קבלת / מקבל טפול (ביה"ח, מרפאה, רופא פרטי)	סוג הטפול	פרטי המחלה	תאריך הטפול		
				שנה	חודש	יום

8. האם הנך חבר קופת חולים? לא אינני חבר קופת חולים

כן, ציין שם הקופה _____

9. מס' פנקס חבר _____ כתובת סניף הקופה _____

10. האם אושרה תביעה לתגמול נכות בגלל מחלה / חבלה הנזכרת לעיל ע"י גורם אחר?

כן, ציין איזה _____

לא

11. האם הנך מקבל תגמולים, פרט:

משרד הבטחון	משרד האוצר	המוסד לביטוח לאומי	סוכנות יהודית	אחר (ציין)

12. מקום התשלום:

אם תוכר כאסיר / עציר ציון ותהיה זכאי לתגמולים, ישולמו התגמולים רק ישירות לחשבון הבנק שלך.

אני מבקש שהתגמול ישולם בבנק _____ כתובת סניף הבנק _____

מס' חשבוני _____ החשבון מתנהל על שם _____

13. הצהרה

אני הח"מ _____ מ.ז. _____ מצהיר בזה לאמור:

- כל הפרטים המפורטים בבקשה הנ"ל הם נכונים.
- ידוע לי כי אם הפרטים שהצהרתי עליהם לעיל או חלקם אינם נכונים, תהא לממשלת ישראל / לסוכנות היהודית / למוסד לביטוח לאומי זכות לנקוט נגדי באמצעים פליליים ואזרחיים על הצהרה כוזבת.
- אני מתחייב/ת להודיעכם על כל שינוי שיחול במצבי המשפחתי או בכתובתי.
- הצהרה זו ניתנת על ידי לתמיכה בבקשתי להכיר בי כאסיר / עציר ציון לשעבר.

תאריך _____ חתימה _____

(נא לחתום על גבי שני הספחים מאחורי הדף במקום המיועד לחתימה)

עמוד 4 מתוך 4

לשמוש הרשות:

פרטי התביעה המסומנים ב-X אומתו ע"י _____ לפי המסמכים:

_____ .1

_____ .2

_____ .3

_____ .4

תאריך _____ חתימת המאמת _____

לשמוש מזכיר ועדת הרופאים:	לשמוש המוסד לביטוח לאומי:
נתקבל ביום _____	נתקבל מהרשות ביום _____
הועבר לעיון הרופאים ביום _____	1. נדרשו המסמכים: _____
	_____ .2
	_____ .3
	הועבר למזכיר ועדת הרופאים ביום _____

הערות למלוי טופס בקשה להכרה לקבלת תגמולים לאסירי / עצירי ציון

1. מלא את הטופס על כל פרטיו, בכתב יד ברור, בדיו או במכונת כתיבה.
2. צרף לטופס את המסמכים הדרושים לפי המפורט.
3. בחלק ב' - יש לפרט את הפעילות הציונית בהתאם לשאלות המוצגות תוך ציון מדויק של תקופות הפעילות, מקום הפעילות, סוג הפעילות ושמות העדים וכתובותיהם. נא לצרף מסמכים.
4. בחלק ג' - עליך למלא את כל הפרטים המתחסיים למעצר / מאסר תוך ציון שמותיהם של שלשה עדים היכולים להעיד על המאסר או המעצר.
- אם במאסר / מעצר תקופות שונות - נא לציין בנפרד כל תקופה ושמות העדים לאותה תקופת מאסר / מעצר. צרף אסמכתאות כנדרש.
5. בחלק ד' - פרט המחלות / תבלות שנגרמו לך במאסר / מעצר, נסיבות המחלה תוך ציון תאריכים מדויקים, תקופות אשפוז, מקום האשפוז והמגבלות שיש לך היום כתוצאה מהמאסר / מעצר.
- באם הנך מקבל תגמולים - פרט ממי ובעבור איזו סוג גמלה.

אל תשכח למלא פרטי ההצהרה, טופס שההצהרה לא תמולא בו - יוחזר

6. בעת הגשת הטופס עליך להציג תעודת זהות, תעודת עולה או אשור מרשם התושבים.
7. נא לחתום על גבי שני הספחים המצורפים למטה במקום המיועד לחתימה.

המוסד לביטוח לאומי	המוסד לביטוח לאומי
לכבוד _____ תאריך _____	לכבוד _____ תאריך _____
אני מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל האינפורמציה בקשר למחלתי, מצב הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל אינפורמציה אחרת שתידרש ע"י הנ"ל ו/או כל מסמך רפואי אודותי.	אני מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל האינפורמציה בקשר למחלתי, מצב הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל אינפורמציה אחרת שתידרש ע"י הנ"ל ו/או כל מסמך רפואי אודותי.
מס' הזהות _____ חתימה _____	מס' הזהות _____ חתימה _____
שם התובע _____	שם התובע _____
שם האב _____	שם האב _____