

## בקשה לסיוע משפטי בייעוץ ובייצוג בעניין זכויות ניצולי שואה

הערה: בכל מקום בו מצויין לשון זכר הכוונה ללשון זכר ונקבה כאחד

### 1. פרטי ממלא הבקשה

<input type="checkbox"/> המבקש	<input type="checkbox"/> עובד סוציאלי	<input type="checkbox"/> עמותה	<input type="checkbox"/> קרוב משפחה	<input type="checkbox"/> אחר: _____
--------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

### 2. פרטי המבקש:

שם פרטי	שם משפחה	מספר תעודת זהות
תאריך לידה ____/____/____ שנה חודש יום	מין: <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> זכר	מצב משפחתי (סמן X במשבצת המתאימה): <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> חי בנפרד <input type="checkbox"/> ידוע בציבור
כתובת מגורים עיר _____ רחוב _____ מספר בית/ ת.ד. _____	מיקוד	טלפון/טלפון סלולרי
<b>כתובת למשלוח מסמכים</b> אצל משפחת _____ עיר _____ רחוב _____ מספר בית/ ת.ד. _____	מיקוד	טלפון / עבודה/אחר

### 3. פרטי בן הזוג:

שם בן הזוג	מספר תעודת זהות או דרכון	חודש ושנת לידה ____/____
------------	--------------------------	-----------------------------

### 4. במידת הצורך – פרטי איש קשר אליו ניתן לפנות

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_  
 הקרבה: בן משפחה \_\_\_\_\_ אחר: \_\_\_\_\_  
 כתובת: \_\_\_\_\_  
 טלפון: \_\_\_\_\_

5. הנושא המשפטי:

- ערר על החלטת הרשות לפי חוק נכי מלחמה תשי"ד - 1954.
- ערר על החלטת הרשות חוק נכי רדיפות הנאצים תשי"ז - 1957.
- ערר על החלטת הרשות חוק ההטבות תשס"ז - 2007.
- ערעור על החלטת ועדה רפואית או ערעור על וועדה רפואית עליונה.
- סיוע לפי סעיף 4(א) לחוק נכסים של נספי השואה.
- ערעור על פסק דין.
- ייעוץ משפטי בעניין זכויות לניצולי שואה.
- הגנה מפני תביעה כספית בגין טיפול בזכויות ניצולי שואה.
- תביעות להשבת שכר טרחה מעורכי דין ומטפלים בגין טיפול בזכויות ניצולי שואה.
- אחר \_\_\_\_\_.

6. פרטים נוספים:

נא לפרט בקצרה את עיקרי טענותיך \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

7. האם מתנהלים הליכים בבית משפט:

- לא מתנהלים הליכים
- כן – נא לציין היכן \_\_\_\_\_
- תאריך הדיון הבא ועניינו \_\_\_\_\_
- נא לצרף החלטת הרשות שבגינה הנך מבקש/ת ייצוג.
- נא לצרף כל חומר רלוונטי לבקשה (כגון: החלטות ו/או פסקי דין שניתנו בעבר).

8. האם העניין מטופל/ טופל בעבר ע"י עו"ד פרטי/ עו"ד מטעם הסיוע המשפטי:

- לא
- כן – נא לציין שם עוה"ד (ובאיזה עניין) \_\_\_\_\_

חתימה

תאריך

**לא חובה**

**9. חוות דעת רופא או העובד הסוציאלי (במידה ויש) (אפשר לצרף אישורים רפואיים / דו"ח סוציאלי)**

שם לשכת הרווחה	טלפון	שם ומשפחה של העו"ס	חתימת העו"ס
----------------	-------	--------------------	-------------

**פרטי מחוזות הסיוע המשפטי ברחבי הארץ**

מחוז	כתובת	פקס	דואל
צפון	רח' תאופיק זיאד 3047, בנין ופא סנטר קומה 5, ת.ד. 50021, נצרת 1616001	02-6462532	Naz-Siyua@justice.gov.il
חיפה	רח' פל ים 15א', קומה 11, חיפה 3133002	02-6467943	Haf-Siyua@justice.gov.il
תל אביב	רח' הנרייטה סולד 4, תל אביב 6492404	02-6467717	Tlv-Siyua@justice.gov.il
מרכז	אבא הלל סילבר 13, לוד 7129463	02-6468008	Mz-Siyua@justice.gov.il
ירושלים (כולל אשדוד ואילת)	בית אגרון, רח' הלל 37 ב' קומה 2, ת.ד. 1777 ירושלים 9414501	02-6467611	Jer-Siyua@justice.gov.il
דרום	קרן היסוד 4 בית קרסו קומה 5 (מול בנק טפחות), ת.ד. 534, באר שבע 8410401	02-6467672	Bsh-Siyua@justice.gov.il

**פרטי התקשרות**

שעות קבלת קהל במחוזות:

ימים א' ב' ג' ו-ה', בין השעות 8:30-12:30.

ביום ג', גם בין השעות 15:00-17:00.

ביום ד', לא מתקיימת קבלת קהל במחוזות.

**מוקד טלפוני ארצי:**

מידע בתיקים קיימים וקבלת סטטוס הטיפול בתיק 6405 \*

פתיחת תיקים ושינוי מועד ריאיון 073-3927788

ימים א' ה' בין השעות - 8:00-16:00.

# טופס ויתור על סודיות

כל מאן דבעי

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מספר ת"ז 9)

ספרות):

אני

הח"מ

נותן בזה רשות לכל אדם, ללא יוצא מן הכלל ובכלל זה משרד ממשלתי, רשות או מוסד ובכלל זה:

**רשות האכיפה וההוצאה לפועל**, לקבל בשמי ובמקומי ולמסור לכל עובד בסיוע המשפטי (להלן: "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובכל אופן שיתבקש על ידו, על מצב חשבונותיי, על הכנסותיי, על נכסי והוני, ועל כל מידע הנוגע לי ממערכת ההוצל"פ, והנני משחרר בזאת כל אדם, מוסד, בנק, רשות ומשרד ממשלתי כנ"ל, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצב חשבונותיי וחשבונות שיש לי בהם ייפוי כוח כנ"ל ומוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליהם טענה בגין הפרת סודיות, פגיעה בפרטיות ו/או כל טענה אחרת ו/או תביעה מסוג כלשהוא בקשר למידע הנ"ל.

**כל הרשויות/גופים ציבוריים, ובכלל זה הרשות לזכויות ניצולי השואה, קופת חולים והמוסד לביטוח לאומי** (להלן ה"רשויות"), לקבל בשמי ובמקומי ולמסור לכל עובד בסיוע משפטי (להלן: "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובכל אופן שיתבקש על ידו, על כל מידע בדבר מצב בריאותי לרבות כל מחלה ו/או נכות אשר ממנה סבלתי בעבר ו/או כל מחלה ו/או נכות מהן אני סובלת/ת, על הכנסותיי, על הוני ועל מצבי האישי והנני משחרר בזאת כל אדם, מוסד, בנק, רשות ומשרד ממשלתי כנ"ל, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למידע המפורט לעיל ולא תהיינה לי כלפי הסיוע המשפטי או מי מטעמו כל טענה ו/או תביעה מסוג כלשהו בקשר למידע הנ"ל.

ולראייה באתי על החתום:

חתימת המצהיר/ה

תאריך

חתימת העד

שם העד לחתימה

מקום החתימה

- הערה: יש לסמן X במקום המתאים ובהתאם לעניין. אם הנושא המבוקש הוא הוצאה לפועל יש לסמן X בריבוע הראשון. אם הנושא המבוקש הוא הרשות לזכויות ניצולי שואה, יש לסמן X בריבוע השני.