



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

נספח ג' לטופס בקשה להכרה בזכויות

טופס הצהרה – אלמן/ה, נילוה לטופס בקשה להכרה

אני הח"מ, שם פרטי ושם משפחה * _____, ת"ז * _____,

אלמנו/תו של * _____ ז"ל, ת"ז * _____,

זכאית/אגף שיקום נכים שנפטר/ה בתאריך * _____.

מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כדלקמן:

1. ידוע לי כי בהתאם לקבוע בסעיף 20 א' (א') לחוק הנכים (תגמולים ושיקום), תשי"ט 1950 - (להלן: "חוק הנכים") זכאית/אלמנה/ה של נכה (שהיה זכאית/תגמולים בשער פטירתו), לתגמול חודשי במשך 36 חודשים (החל מסוף החודש שבו ארעה הפטירה של הנכה), בשיעור שקיבל הנכה ערב מותו.
2. ידוע לי כי הזכאות לתגמולים מכוח סעיף 20 א' (א') לחוק הנכים הינה לאלמן/ה של נכה שלא משלמים אחריו תגמולים מכוח חוק משפחות שנספו (במערכה) תגמולים ושיקום (תש"י - 1950 (להלן - חוק משפחות חיילים).
3. ידוע לי כי התגמול משולם לאלמן/ה אלא אם הנכה הורה, בימי חייו, כי התגמול ישולם ל"בן משפחה" אחר (ובלבד שעומד בהגדרת "בן משפחה" על פי חוק הנכים).
4. ידוע לי כי אלמן/ה שמקבלת/תגמול מכוח סעיף 20 א' (א') לחוק הנכים, זכאית/ת גם לתשלום קצבת שאירים מהמוסד לביטוח לאומי.
5. ידוע לי כי אלמן/ה המוכר/ת לזכויות מכוח חוק משפחות חיילים - אינו/ה זכאית/ת גם לתשלום קצבת שאירים מהמוסד לביטוח לאומי.
6. בדקתי את גובה התגמולים הניתנים לאלמן/ה מכוח סעיף 20 א' (א') לחוק הנכים - למשך 36 חודשים.
7. בדקתי את גובה התגמולים, הזכויות וההטבות הניתנים מכוח חוק משפחות לאלמן/ה במצבי, בכפוף להחלטה על הכרה לזכויות מכוח חוק משפחות חיילים.
8. לאחר שבדקתי את הזכויות מכוח החוקים לעיל, בחרתי לפנות בבקשה להכרה וקבלת הזכויות על פי חוק משפחות חיילים.
9. ידוע לי כי ככל שאוכר לזכויות לפי חוק משפחות חיילים, בטרם הסתיימה זכאותי לקבלת תגמולים למשך 36 חודשים מכוח סעיף 20 א' (א') לחוק הנכים, יופסק באופן מיידי תשלום התגמולים לפי סעיף 20 א' (א') לחוק הנכים, ולא אהיה זכאית/ת עוד לקבלת זכויות מכוח חוק הנכים.
10. ידוע לי כי לאחר ההחלטה על ההכרה לזכויות מכוח חוק משפחות חיילים, לא נותרת בידי זכות הבחירה בזכויות מכוח החוקים - קרי בין שמכוח חוק הנכים ובין שמכוח חוק משפחות חיילים, ואהיה זכאית/ת רק לתגמולים ולזכויות הקבועים בחוק משפחות חיילים.
11. ידוע לי כי ככל שאוכר לזכויות מכוח חוק משפחות חיילים, ינוכו מתגמוליי, תגמולים לפי סעיף 20 א' (א') לחוק הנכים ו/או קצבת שאירים מהמוסד לביטוח לאומי, ככל ששולמו לי עבור תקופה הכלולה בתקופת ההכרה מכוח חוק משפחות חיילים.

תאריך _____ ☐ הריני מאשר/ת חתימת המסמך באופן דיגיטלי

חתימת המבקש

(במקרים בהם הטופס מוגש ידני)

משרד הביטחון, אגף משפחות, הנצחה ומורשת

מרכז שרות טלפוני: 03-7776700 | www.mishpahot-hantzaha.mod.gov.il