



**Organization of
Israel's Terror Victims**
The Representative Organization



**ארגון נפגעי
פעולות איבה**
הארגון היציג



אתר אינטרנט: www.irgun.org.il ע"ר 7-045-006-58 דואר אלקטרוני: irgun@irgun.org.il

הארגון הוכרז כארגון היציג (במדינת ישראל) בשנת '98 לפי חוק תגמולים לנפגעי פעולות איבה התש"ל - 1970

טופס בקשה לוועדת קבלה לבית הלוחם

1. זכאי להתקבל לבית הלוחם:

- 1.1. נכה פעולות איבה, חברה בארגון נפגעי פעולות איבה, הארגון היציג במדינת ישראל.
- 1.2. חברות בארגון היציג של מבקש/ת המלגה (או בן משפחתו מדרגה ראשונה בלבד) לאורך תקופה של 12 חודשים רצופים, נכון ליום 31.03.20.
- 1.3. החברה מתחייבת לשמור על כללי בית הלוחם ולפעול על פיהם.
- 1.4. חברה מעל גיל 40 מחויב בביקור רופא בבית הלוחם.

2. חובה לצרף לבקשת קבלה לבית הלוחם את המסמכים הבאים:

- 2.1. צילום ת.ז. של החברה + ספח.
- 2.2. צילום תלוש הגמלה של החברה של החודש האחרון.
- 2.3. מסמכים רפואיים עדכניים מהשנה האחרונה
- 2.4. אישור רפואי על מצב בריאותי כללי המאשר פעילות בחדר כושר.

3. כללי:

- 3.1. ארגון נפגעי פעולות איבה לא מתחייב על תקופת ההתקשרות של החברה מול בית הלוחם ו/או ארגון נכי צה"ל. ארגון נכי צה"ל שומר לעצמו את הזכות להאריך ו/או לבטל את ההתקשרות מול החברה.
- 3.2. יש למלא בדייקנות את כל האינפורמציה הנדרשת בטופס הבקשה. מילוי חלקי או חסר עלול להביא לפסילת הבקשה.

- 3.3. את הטופס יש לשלוח מלא וחתום בצירוף המסמכים הנדרשים בדואר האלקטרוני: Secretary2@irgun.org.il או בפקס 03-6884724.



**Organization of
Israel's Terror Victims**
The Representative Organization



**ארגון נפגעי
פעולות איבה**
הארגון היציג



אתר אינטרנט: www.irgun.org.il ע"ר 7-045-006-58 דואר אלקטרוני: irgun@irgun.org.il

הארגון הוכרז כארגון היציג (במדינת ישראל) בשנת '98 לפי חוק תגמולים לנפגעי פעולות איבה התש"ל - 1970

תאריך: _____

בקשת הצטרפות לבית הלוחם

אני הח"מ מגישה/ה בקשתי לוועדת הקבלה להצטרפות לבית הלוחם. אני מצהירה ומתחייבת כי כל הפרטים שמסרתי במסגרת טופס זה והנספחים לו הינם נכונים ומלאים.

א. פרטים אישיים של חבר/ה הארגון

כתובת			שם פרטי	שם משפחה	מספר ת.ז. זהות															
מיקוד	ישוב	רחוב מספר																		

דואר אלקטרוני	מצב משפחתי	תאריך לידה			טלפון נוסף	טלפון בבית
		הקף בעיגול	יום	חודש		
		ר / נ / ג / א				

ב. פרטי הפגיעה

סוג פגיעה				תיאור קצר על הפגיעה	מקום פגיעה	תאריך פגיעה		
זמני עד	לצמיתות	אחוזי נכות	סמן בעיגול			יום	חודש	שנה
	כן / לא		הורה שכול / אלמנה / יתום/ה / נכה					

ג. פרטי חברות בארגון

מספר שנות חברות בארגון		
	שנה	חודש
	תאריך הצטרפות	

ד. בית הלוחם אליו הנני מעוניין להצטרף: (נא לסמן)

ת"א	באר שבע	חיפה	ירושלים
-----	---------	------	---------

ה. תוכן הבקשה :

הנני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שנמסרו על ידי הינם נכונים. חתימת החבר/ה: _____



**Organization of
Israel's Terror Victims**
The Representative Organization



**ארגון נפגעי
פעולות איבה**
הארגון היציג



אתר אינטרנט: www.irgun.org.il ע"ר 7-045-006-58 דואר אלקטרוני: irgun@irgun.org.il

הארגון הוכרז כארגון היציג (במדינת ישראל) בשנת '98 לפי חוק תגמולים לנפגעי פעולות איבה התש"ל - 1970

ה. החלטת הועדה

א. אושר ב. נדחה, מסיבה

חבר ועדה - דודו ריחני

חבר ועדה - אריק דור

יו"ר הארגון - אייבי מוזס

יו"ר הועדה - שרה קמחי

עו"ד נציגות המחלקה משפטית