



## טופס בקשה לנסיעת התייחדות למשפחה שכולה

### משרד הביטחון

#### פרטי החלל :

שם החלל ( שם פרטי ושם משפחה ) \_\_\_\_\_ ז"ל.  
תאריך הנפילה \_\_\_\_\_ בית הקברות בו קבור החלל \_\_\_\_\_

#### פרטי מבקש הבקשה :

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_  
קירבת מבקש הבקשה : ( סמן ב- + )  
\_\_\_\_\_ אב/אם \_\_\_\_\_ אח/אחות \_\_\_\_\_ אלמן/ אלמנה \_\_\_\_\_ יתום /יתומה \_\_\_\_\_ אחר \_\_\_\_\_  
תאריך לידה : יום \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_  
תאריך ביקור התייחדות אחרון : \_\_\_\_\_  
שם פרטי ושם משפחה , באנגלית , כפי שמופיע בדרכון :

מס' דרכון : \_\_\_\_\_ תוקף דרכון \_\_\_\_\_  
מס' ת.ז. ישראלית \_\_\_\_\_  
כתובת עדכנית : \_\_\_\_\_

מס' טלפון : בבית : \_\_\_\_\_ נייד : \_\_\_\_\_  
דואר אלקטרוני : \_\_\_\_\_ מס' טלפון בעת השהייה בארץ : \_\_\_\_\_

#### פרטי הנסיעה המבוקשת :

תאריכים הנדרשים לביקור : מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_  
(תאריך הנחיתה בארה"ב).  
שדה התעופה המבוקש בארה"ב : \_\_\_\_\_  
מושב בטיסה : \_\_\_\_\_ חלון \_\_\_\_\_ מעבר \_\_\_\_\_ אמצע.  
ארוחות בטיסה : \_\_\_\_\_ רגיל \_\_\_\_\_ צמחוני \_\_\_\_\_ טבעוני \_\_\_\_\_ גלאט כשר.  
זמן טיסה מועדף : הלוד- \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_ ערב \_\_\_\_\_ לילה.  
חזור - \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_ ערב \_\_\_\_\_ לילה.

**הסדרי שהיה למבקש הבקשה: (סמן ב- + )**

\_\_\_\_\_ בקשה לבית מלון ( 6 לילות חצי פנסיון )

זמני שהיה: מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_.

או

\_\_\_\_\_ השתתפות בסך 565 ₪ לכל תקופת השהייה.

**הסדרי הסעה למבקש הבקשה:**

עד סכום כולל של 1500 ₪ - מותנה בהצגת קבלות מקוריות.

בישראל:

- הסעה משדה התעופה למקום השהייה וחזרה לשדה התעופה.

- 2 נסיעות ממקום השהייה לבית העלמין.

בארה"ב:

- הסעה לשדה התעופה וחזרה הביתה.

**הצהרה**

- הנני מצהיר/ה בזאת שאינני מקבל/ת הטבות בלעדיות המגיעות לבני משפחות שכולות החיים במדינת ישראל.
- הנני מצהיר/ה בזאת כי אינני תושב/ת ישראל משנת \_\_\_\_\_
- הנני מצהיר/ה בזאת שהנני מתגורר/ת באופן קבוע בחו"ל מתאריך \_\_\_\_\_
- הנני מתחייב/ת שלא לבצע שינויים במועד הטיסות ולנסוע אך ורק בתאריכים המאושרים ע"י משרד הביטחון.

אנא העבירו את הטופס אל: ענבל שור גובלק

דואר אלקטרוני: [commemorfinny@mod.gov.il](mailto:commemorfinny@mod.gov.il)

מס' פקס: 212-5510-372

טלפון: 212-5510-370

Inbal Shor Gobalak 800 2<sup>nd</sup> avenue new York New York 10017

חתימת המבקש: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_