



הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.) The Foundation for the Benefit of Holocaust Victims in Israel

דף הסבר למילוי בקשה למענק אישי (החזר כספי)

(מעודכן ליוני 2009)

1. מענק אישי מיועד לניצולי שואה העומדים בהתניות הר"מ:
 - א. חיו תחת הכיבוש הנאצי בתקופת מלחמת העולם השנייה ושעברו את התקופה בגטאות, מחנות ריכוז או במסתור, תוך סיכון חיים או שחיו בארצות שהיו גרורותיה של גרמניה הנאצית כמו רומניה, צרפת, לוב, טוניס, איטליה והונגריה וסבלו מרדיפות הנאצים. וכן, מי שברחו משטח הכיבוש: מגרמניה אחרי 1933, מאוסטריה אחרי 1938, ומיתר הארצות אחרי פרוץ המלחמה והכיבוש עד ליום 8.5.1945.
 - ב. לא הגיש בקשה למענק אישי ב-24 החודשים האחרונים מתאריך הגשת הבקשה האחרונה.
 - ג. הכנסתיו החודשיות של מגיש הבקשה אינן עולות על 7,006 ₪ (הגדרת נצרך על פי הלשכה לשיקום נכים משרד האוצר).
 - ד. גילו 65 ומעלה ביום הגשת הבקשה.
2. מענק אישי (החזר כספי) ניתן כנגד קבלות מקור בלבד מהשנה הנוכחית ו/או הקודמת.
3. מטרות עבורן ניתן לקבל מענק אישי (החזר כספי) :
 - א. טיפולי שיניים / רכישת מכשירי שמיעה/ תרופות/ משקפי ראייה.
 - ב. מצבה (רק לבן/בת זוג ובמקרים בהם אין זכאות למענק פטירה מביטוח לאומי)
 - ג. רכישת ציוד רפואי/ שיקומי/ עזרים אורטופדיים.
 - ד. מנוי לחברה המעניקה שירותי קרדיו ביפר (בהמלצת רופא).
 - ה. נסיעות לטיפולים חוזרים (לחולים אונקולוגים ודיאליזה בלבד, יש לצרף אישור רפואי ואישור על גובה ההחזר מקופת החולים).
4. כיצד ניתן לקצר את משך הטיפול בבקשה עד אישורה:
 - א. בבקשה להחזר כספי עבור תרופות – הגשת דו"ח ריכוז תרופות מקופת חולים במקום קבלות בודדות.
 - ב. מילוי מלא של הפרטים בטופס הבקשה וחתימה.
 - ג. נא להימנע מצירוף מסמכים עודפים ולא רלבנטיים.

סה"כ המענק המירבי הוא 4,000 ₪ לתקופה של שנתיים

במידה ואושרה בקשה על סכום נמוך מ- 4,000 ₪, ניתן בחלוף 12 חודשים מתאריך הגשת הבקשה הראשונה להגיש בקשה נוספת עד להשלמת סכום המענק ל- 4,000 ₪.



הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.) The Foundation for the Benefit of Holocaust Victims in Israel

כיצד להגיש בקשה

1. סיוע והדרכה למילוי טפסי הבקשה ניתן לקבל חינם אין כסף במשרדי הקרן.
2. את הבקשה יש לשלוח למשרדי הקרן בדואר או למסור בקבלת קהל במשרדי הקרן:

המשרד הראשי: רחוב קפלן 17, ת"א. מען למכתבים: ת.ד. 7197 ת"א, 64734

• טל: 03-6090866 פקס: 03-6968294

• שעות קבלת קהל: ימים א' עד ה' 16:00 – 8:00

• מענה טלפוני במרכז מידע טלפוני: ימים א' עד ה' 16:00 – 8:00

• אתר האינטרנט: www.k-shoa.org, דוא"ל של פניות הציבור: info@k-shoa.org

נציגות חיפה: רח' יגור 2 בית פרופיט קומה 7 חדר 3 חיפה.

• טלפון: 04-8221250 פקס: 04-8221832

• שעות קבלת קהל: ימים א', ב', ד' 13:00 – 8:00

• יום ה': 13:00 – 18:00

נציגות באר-שבע: רח' יצחק רגר 28 (בניין רסקו ישן), באר שבע, קומה 2 חדר 333.

• טלפון: 08-6283363 פקס: 08-6283364

• שעות קבלת קהל: ימים א', ב', ד', ה' 15:00 – 8:00

3. יש למלא את טופס הבקשה בעברית ולחתום עליו, חובה לצרף המסמכים הבאים:

א. צילום קריא של תעודת הזהות בצירוף ספח.

ב. אישור המעיד על ניצולות - לדוגמא: קבלת רנטה מגרמניה אוסטריה או מקרן סעיף 2. תגמולים מהלשכה לשיקום נכים של משרד האוצר (נכי רדיפות). פיצויים חד-פעמיים מועידת התביעות. בנוסף תאור קצר על מקום המצאותך בתקופת השואה.

ג. אישור על פרטי חשבון הבנק שלך לצורך ביצוע תשלום באמצעות העברה בנקאית (מתקבל אישור חתום על-ידי הבנק או דף חשבון ובו שמך או צילום צ'ק או מסמך אחר המעיד על הפרטים הנכונים של חשבונך).

ד. אישורים לגבי הכנסותיך (תגמולים מהאוצר, רנטה, ביטוח לאומי, משכורת, פנסיה וכו').

ה. תדפיס עו"ש של הבנק מ-3 חודשים אחרונים.

ו. קבלות מקוריות על שם מגיש הבקשה מהשנה הנוכחית והשנה הקודמת בגין ההוצאות עבורן נדרש מענק אישי (החזר כספי).

ז. אישור רפואי עבור חולה אונקולוגי / אלצהיימר בלבד // מסמכים נוספים במידת הצורך.

4. הבקשה תטופל רק ממועד הגעתה למשרדי הקרן בשלמות ובצירוף כל המסמכים הדרושים.

5. ועדה ציבורית של ניצולי שואה בודקת כל בקשה ומחליטה האם לאשרה (במלואה או בחלקה) או לדחותה.

6. התקציב המוגבל של הקרן, אינו מאפשר היענות לכל הפניות ולא תמיד מאפשר לנו תשלום במסגרת הזמן כפי שהיינו רוצים. הקרן תעניק קדימות לקשישים מעל גיל 85, לחולים אונקולוגיים ואלצהיימר (בצירוף אישור רפואי) ולמצבי סעד קשים (בצירוף דו"ח סוציאלי מהרשות המקומית).



הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.) The Foundation for the Benefit of Holocaust Victims in Israel

טופס בקשה לקבלת מענק אישי (החזר כספי)

טופס זה כולל 2 עמודים ומצורף לו דף הנחיות. הגשת טופס זה לקרן הינה חנינם ואין לשלם עבורו !!!

א. פרטי המבקש (חובה לצרף צילום תעודת זהות + ספח של מגיש הבקשה)

מספר ת.ז. _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' טלפון _____

עיר _____ רחוב _____ מס' בית _____ מס' דירה _____ מיקוד _____

ארץ לידה _____ שנת לידה _____ מצב משפחתי _____ ארץ עליה _____ תאריך עליה _____

כתובת למשלוח דואר / ת.ד. : _____

שם נעורים : _____ מין : זכר / נקבה. מצב משפחתי נשוי/ גרוש/ אלמן. מס' ילדים _____

נא לציין אם אין ילדים או שכל הילדים מתגוררים בחו"ל (עריירות) : _____ (לפרט)

האם היית מעוניין בביקורים של מתנדבים מטעם הקרן כן / לא

ב. הכנסות (יש לצרף דפי עו"ש של 3 חודשים ותלושים של הכנסות : רנטה, תגמולים, ביטוח לאומי ופנסיה)

תגמולים ממשרד האוצר _____ רנטה _____ פנסיה _____

ביטוח לאומי _____ קרן סעיף 2 _____ מקור אחר _____

ג. פרטים על מקום הימצאותך בתקופת השואה (יש לצרף אישורים על התקופה, כגון: פיצויים חד פעמיים, אישור צלב האדום, אישור מהבנק על קבלת רנטה או תגמולים ממשרד האוצר)

מקום הימצאותך עם פרוץ המלחמה : ארץ _____ עיר _____ אזור _____

מקום הימצאותך בזמן המלחמה : מחנה/גטו _____ ארץ _____ עיר _____

ד. פרטי איש קשר/קרוב משפחה /אפוטרופוס (ימולא במידת הצורך)

שם משפחה _____ שם פרטי _____ הקרבה למבקש _____

רחוב _____ מס' בית _____ מס' דירה _____ עיר _____ מיקוד _____

מס' טלפון _____ מס' טלפון נייד _____

ה. פרטים להעברת המענק (יש לצרף אישור מהבנק כי חשבון זה שייך למבקש או דף עו"ש עם פרטים מזהים של מגיש הבקשה או צילום שיק מבוטל)

אבקש להעביר את סכום המענק לחשבון מספר _____ בבנק _____ קוד בנק _____

בסניף _____ קוד סניף _____ על שם _____



הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.)

The Foundation for the Benefit of Holocaust Victims in Israel

1. מטרת המענק (יש לצרף קבלות מקור מהשנה הנוכחית ו/או הקודמת בלבד על שם המבקש בלבד. לא ניתן לקבל העתקים ו/או קבלות נאמן למקור ו/או חשבונית):

רכישת מכשיר שמיעה _____ שם טיפול שיניים _____ שם רכישת משקפי ראייה _____ שם
 תרופות (מומלץ לצרף דו"ח תרופות מרוכז, עבור שנה הנוכחית או הקודמת, מקופ"ח) _____ שם
 רכישת ציוד רפואי שיקומי/עזרים אורטופדיים _____ שם
 מנוי לחברה המעניקה שירותי קרדיו ביפר (יש צורך בהמלצת רופא) _____ שם
 נסיעות לטיפולים (עבור חולים אונקולוגיים ודיאליזה, בצירוף אישור רפואי) _____ שם
 מצבה לבן/בת זוג (בצירוף אישור מביטוח לאומי על אי קבלת מענק פטירה) _____ שם

2. הצהרה, בחתימתי זו הנני מצהיר כדלקמן:

- הנני מצהיר שהפרטים הנ"ל נכונים ומלאים, ידוע לי כי מסירת הצהרת כוזבת ו/או לא מלאה תגרום לביטול זכאותי לסיוע מהקרן לאלתר. הנני מצהיר כי לאור מצבי הכלכלי הסוציאלי הנני נזקק לסיוע המבוקש.
- ידוע לי כי המענק המבוקש ניתן על ידי הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל ובהתאם להנחיות אשר סוכמו בין הקרן לבין הגופים המממנים. במידה ויקבע כי אינני זכאי לקבל את המענק לא תהיה לי כל תביעה כנגד אדם או גוף כלשהו. וכן ידוע לי כי בשל מגבלות תקציב הקרן אינה יכולה להיענות לכל הבקשות וקבלת טופס זה לא תהווה התחייבות כלשהי מצד הקרן לאישור או תשלום המענק/סיוע.
- אני מסמיך אתכם לקבל ולמסור לכל גוף ממשלתי, ציבורי או פרטי כל מידע בנוגע אלי ולבקשתי זו ולהכנסותיי, לרבות לקבל, לבדוק ולאמת כל מידע מהמוסד לביטוח לאומי וממאגר מרשם האוכלוסין במשרד הפנים כולל: שם מלא, ת.ז., פרטים דמוגרפיים, סטאטוס בביטוח לאומי, תאריך וארץ לידה, תאריך וארץ עליה, סטאטוס (נפט) ותאריך פטירה. אני מוותר בזאת על זכויותי לסודיות שיפגעו כתוצאה מהשימוש שיעשה במידה שיתקבל לצורך החלטה לגבי זכאותי לקבלת המענק.
- מילוי טופס זה והליך הגשת הבקשה לקרן **הוא חינוך** ואינו כרוך בכל תשלום שהוא לשום גורם.

ובאתי בזאת על החתום בתאריך: _____ שם: _____ חתימה: _____

לשימוש משרדי בלבד

סך הכנסות המבקש: _____ סה"כ לתשלום _____ עבור: _____
 1. _____
 2. _____
 3. _____

בדקתי את הבקשה והמסמכים המצורפים ומצאתי אותם תואמים את הקריטריונים והדרישות של הקרן

- המלצה לסירוב: _____
 המלצה למיידה מסיבה: _____
 הזכאות לקבלת מענק נקבעה על סמך: _____

שם: _____ חתימה: _____ תאריך: _____
 החלטת הועדה הציבורית מתאריך: _____

- מאושר מענק על סך _____ שם, עבור: _____
 הבקשה נדחת: _____

חבר ועדה

חבר ועדה

יו"ר הועדה