



הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר)

The Foundation for the Benefit of Holocaust Victims in Israel

תאריך _____

לכבוד

א,ג,נ.

הנדון: מנויי ללחצן מצוקה – דף מידע כללי

ה"קרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל" עוזרת במימון לחצן מצוקה באמצעות חברת עזר-פון מקבוצת שח"ל.

המנויים מיועדים אך ורק לניצולי שואה הגרים לבד או אשר לאחד מבני הזוג ישנם בעיות רפואיות חריפות ולאחר מבחן הכנסה, אשר עונים על הקריטריונים לקבלת עזרה מהקרן. לקבלת טפסים ולפרטים נוספים ניתן לפנות למשרדי הקרן על פי מספרי הטלפון והכתובת דלעיל.

בבתי המנויים אשר יאושרו על ידי הקרן, יותקנו לחצני מצוקה דרך עזר-פון, ללא כל תשלום בגין ההתקנה. התשלום החודשי ימומן על ידי הקרן ואילו ניצול השואה ישלם כ 105 ₪ לשנה (עד ארבעה תשלומים ובאחריות הספק). **זכאי העומד בקריטריונים אשר בעת אישור הקרן, גילו 80 ומעלה, לא ישלם תשלום שנתי כלשהו.**

לניצולי השואה ניתנת יחד עם לחצן המצוקה "חבילת זהב" המקנה שירותים נוספים הכוללים:

- ביקור רופא 24 שעות, לילה, שבתות וחגים בהשתתפות עצמית של 20 ₪.
 - אמבולנס חירום לפינוי לבית החולים (במקרים בהם לא ניתן החזר מקופת חולים) בהשתתפות עצמית של 27 ₪.
 - סייר ביטחון במקרה של חשש לביטחון – חינם.
 - טיפול שיניים חירום, דרך מרפאות הסדר - חינם.
- תהליך הקבלה של הבקשות עד להתקנת לחצן המצוקה הנו מספר שבועות. הפניות יענו על בסיס מקום פנוי בלבד.

בברכה,

הקרן לרווחת נפגעי השואה בישראל



הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.)

The Foundation for the Benefit of Holocaust Victims in Israel

א.ג.נ.,

מצ"ב טופס בקשה להתקנת לחצן מצוקה מטעם הקרן לרווחת נפגעי השואה. התקנת הלחצן תתאפשר לאחר מבחן הכנסה של מגיש הבקשה (7,556 ₪ הכנסותיו של מגיש הבקשה, ברוטו לחודש).

על מנת שנוכל לטפל בפנייתכם בדרך המהירה והיעילה ביותר אנא הקפידו לצרף את המסמכים הבאים (נא למלא את טפסי הבקשה בשפה העברית בלבד):

א. צילום תעודת הזיהוי כולל ספח. (בקשה ללא צילום ת.ז. תוחזר לשולח).

ב. אחד מהמסמכים הבאים:

- אישור על קבלת תגמולים מן האוצר.
- אישור על קבלת רנטה מגרמניה.
- אישור על קבלת פיצויים קרן סעיף 2.
- אישור על קבלת פיצויים חד פעמיים מ"ועידת התביעות".

במידה ואין אף לא אחד מהאישורים הנ"ל, יש לצרף אישור מהצלב האדום או אישור רשמי אחר אשר מעיד היכן התגוררת בעת פרוץ המלחמה במקום מגוריך.

ג. נא לצרף תדפיס עו"ש לשלושה חודשים ובנוסף אישורים על כל הכנסות המבקש כולל: תגמולים מהאוצר, רנטה מגרמניה, קרן סעיף 2, ביטוח לאומי, פנסיה או משכורת, אחר.

ד. את הטופס והמסמכים המצורפים אנא שלחו לכתובת המופיע בראש הטופס – תחת הכותרת "לחצני מצוקה".

תהליך בדיקת הבקשה אורך מספר שבועות

הפניות יענו על בסיס מקום פנוי בלבד.

ב ב ר כ ה,

הקרן לרווחת נפגעי השואה



הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.)

The Foundation for the Benefit of Holocaust Victims in Israel

טופס בקשה ללחצן מצוקה

א. פרטי המבקש (נא לצרף ת.ז. כולל ספח).

מספר ת.ז. _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____
רחוב _____ מס' בית _____ עיר _____ מיקוד _____ טל: _____
ארץ לידה _____ שנת לידה _____ מצב משפחתי _____ שנת עליה _____

***יש לציין אם אין ילדים או הילדים מתגוררים בחו"ל (ערירי/ת)**

ב. הכנסה חודשית (נא להמציא אישורים)

תגמולים _____ ש.ה. רנטה _____ ש.ה. ביטוח לאומי _____ ש.ה.
פנסיה _____ ש.ה. קרן סעיף 2 _____ ש.ה. מקור אחר _____ ש.ה.

ג. כיצד עברת את השואה והיכן (אם המקום בטופס לא מספיק, אנא צרף דף נוסף)

ד. מצבך הבריאותי והכללי (נא להקיף בעיגול את התשובה הנכונה)

1. האם הנך גר לבד כן / לא.
2. האם הנך (או בן הזוג) סובל ממחלה כרונית קשה כן / לא (יש לצרף אישור רפואי).
3. האם הנך מקבל סיוע במסגרת חוק סיעוד כן / לא מס' שעות שבועיות _____.

ה. הצהרה

בחתימתי זו הנני מצהיר כדלקמן:

1. אני מסמיך אתכם לקבל מכל גוף ממשלתי, ציבורי, או פרטי בישראל או בחו"ל כל מידע בנוגע אלי ולבקשתי זו ולהכנסותי, לרבות לקבל, לבדוק ולאמת כל מידע ממאגר מרשם האוכלוסין במשרד הפנים, כולל: שם פרטי ושם משפחה, סטאטוס (נפטר) ותאריך פטירה. תאריך וארץ לידה, תאריך וארץ עליה, מצב משפחתי, ת.ז., כתובת, לאום. אני מוותר בזאת על זכויותיי לסודיות שיפגעו מהשימוש שיעשה במידע שיתקבל לצורך החלטה לגבי זכאותי לקבלת מענק.
2. ידוע לי כי, באם תאושר בקשתי, פרטי הדמוגרפים, אותם העברתי לקרן, יועברו לחברה נותנת השירות.
3. הנני מצהיר כי הפרטים אשר מסרתי הינם נכונים ומלאים, ידוע לי כי מסירת הצהרה כוזבת ו/או לא מלאה תגרום לביטול זכאותי לסיוע מהקרן לאלתר, וכן לנקיטת הליכים פליליים כנגדי.
4. הנני מאשר שידוע לי כי האחריות המלאה בכל הקשור לאספקת לחצן המצוקה והשירותיים הנלווים היא של חברת שח"ל ולא של הקרן. וכן, ידוע לי דמי ההשתתפות העצמית (במידה וחלים) ניגבים ישירות על-ידי הספק ובאחריותו וכי לקרן אין אפשרות לבדוק או לעקוב אחר התשלומים הפרטניים שלי לספק.

ובאתי בזאת על החתום: שם המבקש: _____

חתימת המבקש: _____ תאריך: _____