



# הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.)

## The Foundation for the Benefit of Holocaust Victims in Israel

(מעודכן למאי 2010)

### זכאות לקבלת סיוע של הקרן:

מי שחיו 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 מפרוץ המלחמה והכיבוש עד ליום 8.5.1945. ובתנאי שעמד במבחן הכנסות בתחום הסיוע הרלוונטי.

### תחומי הסיוע (במימון עיקרי של ועידת התביעות ומדינת ישראל)

• **סיעוד** - 9 שעות עזרה סיעודית ביתית בשבוע, לבעלי אישור זכאות לקבלת 16 או 18 שעות לשבוע (150% או 168%), מהמוסד לביטוח לאומי.

• **מענקים אישיים (החזר כספי)** בתנאי שלא הוגשה בקשה ב 24 החודשים האחרונים, גיל הפונה מעל 65, הכנסתיו החודשיות אינן עולות על 7,556 ₪ וזאת עבור קבלות מקור בלבד מהשנה הנוכחית ו/או הקודמת.

### מטרות עבורן ניתן לקבל מענק אישי (החזר כספי)

- ← טיפולי שיניים / רכישת מכשירי שמיעה / משקפי ראייה.
- ← תרופות (מומלץ להגיש דו"ח תרופות מקופ"ח במקום קבלות בודדות).
- ← רכישת ציוד רפואי/ שיקומי/ עזרים אורטופדיים.
- ← מנוי לחברה המעניקה שירותי קרדין ביפר (בהמלצת רופא).
- ← נסיעות לטיפולים חוזרים (לחולים אונקולוגים ודיאליזה בלבד, יש לצרף אישור רפואי ואישור על גובה ההחזר מקופת החולים).

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

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

← מקרים מיוחדים אחרים – ניתן לפנות ליו"ר הקרן במקרים מיוחדים בצירוף דו"ח סוציאלי מרשויות הרווחה.

• **סיעוד קצר מועד** בתנאי שההכנסה החודשית של הפונה אינה עולה על 7,556 ₪- מימון של 50 שעות עזרה סיעודית בבית לניצולי שואה, אשר אינם מקבלים גמלת סיעוד והשתחררו מאשפוז בבית חולים. את הבקשה ניתן להגיש רק ע"י העובד הסוציאלי בבית החולים, לפני השחרור. מתן העזרה מותנה בהמלצה של בית החולים ובמבחני הכנסות.

• **לחצן מצוקה** בתנאי שההכנסה החודשית של הפונה אינה עולה על 7,556 ₪ - השתתפות במימון לחצן מצוקה (חבילת זהב) לניצולים בודדים או לניצול שהוא או בן/בת זוגו סובל מבעיה בריאותית. ובתנאי שהכנסת הפונה לא עולה על הכנסת "נצרך", על פי הרשות לזכויות ניצולי שואה (הלשכה לשיקום נכים לשעבר) במשרד האוצר.

• **טיפול שיניים באמצעות רופאים מתנדבים של הסתדרות רופאי השיניים** בתנאי שההכנסה

החודשית של הפונה אינה עולה על 7,556 ₪ - הפניה לטיפול שיניים ע"י רופאי שיניים מתנדבים. טיפול משמר כגון: סתימה, עקירה, טיפול שורש – ללא תשלום. טיפול שיקומי/פרוטטי-עבודת רופא השיניים ללא תשלום, המטופל משלם את עלות החומרים והמעבדה.

כתובת הקרן: קפלן 17 (משרד 122) ת.ד. 7197 תל-אביב 64734

טל: 03-6090866 פקס: 03-6968294 דוא"ל: info@k-shoa.org



# 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 בתל אביב בדואר או למסור בקבלת קהל במשרדי הקרן:

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

טל: 03-6090866-03 פקס: 03-6968294. אתר האינטרנט: [www.k-shoa.org](http://www.k-shoa.org), דוא"ל של פניות הציבור: [info@k-shoa.org](mailto:info@k-shoa.org)

שעות קבלת קהל: ימים א' עד ה' 08:00-13:00, מענה טלפוני במרכז מידע טלפוני: ימים א' עד ה' 08:00 – 16:00

**נציגות חיפה:** רח' יגור 2 (בית פרופיט) קומה 7 חדר 3. טלפון: 04-8221250 פקס: 04-8221832

שעות קבלת קהל: ימים א', ב', ד' 08:00-13:00, יום ה' 08:00-18:00

**נציגות באר-שבע:** רח' יצחק רגר 28 (בניין רסקו ישן), קומה 2 חדר 333. טלפון: 08-6283363 פקס: 08-6283364, שעות

קבלת קהל: ימים א', ב', ד', ה' 08:00 – 15:00

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

## מסמכים נדרשים בבקשות

אפיק סיוע	מענק אישי (החזר כספי)	שעות סיעוד	לחצן מצוקה	פרויקט טיפולי שיניים	לחצן מצוקה למקבלי שעות סיעוד של הקרן	סיעוד קצר מועד
מסמכים נדרשים						
טופס בקשה מלא וחתום	+	+	+	+	+	
צילום ת"ז וספח	<b>נדרשים רק בהגשת הבקשה הראשונה לקרן</b>					-
אישורים על ניצולות *	<b>נדרשים רק בהגשת הבקשה הראשונה לקרן</b>					-
אישור פרטי חשבון בנק **	+	-	-	-	-	
אישורים על כל ההכנסות של מגיש הבקשה בלבד + ענ"ש ***	+	-	+	+	-	
קבלות מקור עבור הוצאות לרפואה	+	-	-	-	-	
אישור ביטוח לאומי על גובה גמלת סיעוד	-	+	-	-	-	
אישור רפואי של מגיש הבקשה	1. בבקשה להחזר עבור מנוי לקרדיו ביפר. 2. נסיעות לטיפולים חוזרים (לחולים אונקולוגיה ודיאליזה)	-	-	-	+	

\* - אישור המעיד על ניצולות - לדוגמא: קבלת רנטה מגרמניה / אוסטריה או מקרן סעיף 2, תגמולים מהרשות לזכויות ניצולי השואה של משרד האוצר (נכי רדיפות). פיצויים חד-פעמיים מועידת התביעות. בנוסף תאור קצר על מקום הימצאותך בתקופת השואה. נדרש רק בבקשה ראשונה למעט סיעוד קצר מועד.

\*\* - אישור על פרטי חשבון הבנק של מגיש הבקשה לצורך ביצוע תשלום באמצעות העברה בנקאית (מתקבל אישור חתום על-ידי הבנק **או** דף חשבון ובו שם הניצול **או** צילום צ'ק **או** מסמך אחר המעיד על הפרטים הנכונים של החשבון ובעליו).

\*\*\* - אישורים לגבי הכנסות של מגיש הבקשה בלבד (תגמולים מהאוצר, רנטה, ביטוח לאומי, משכורת, פנסיה וכו') ותדפיס ענ"ש של הבנק של 3 חודשים אחרונים.

**כתובת הקרן: קפלן 17 (משרד 122) ת.ד. 7197 תל-אביב 64734**  
**טל: 03-6090866 פקס: 03-6968294 דוא"ל: [info@k-shoa.org](mailto:info@k-shoa.org)**