



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

תאריך: \_\_\_\_\_

לכבוד

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

א,ג,ג,נ.

פרויקט עזרה במימון טיפולי שיניים לניצולי השואה

הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל יחד עם הסתדרות רופאי השיניים הקימו פרויקט שמטרתו לעזור לניצולי השואה הנזקקים לטיפולי שיניים.

מצורף בזאת

א. דף ההסבר למילוי בקשה להפניה לטיפולי שיניים.

ב. טופס בקשה להפניה עבור טיפולי שיניים.

ג. טופס שאלון בריאות.

יש למלא את הטפסים ולשלוח לקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל.

בכבוד רב,

הקרן לרווחה לנפגעי

השואה בישראל (ע.ר.).



## דף הסבר למילוי בקשה לטיפול שיניים

מצ"ב דף הסבר למילוי טופס בקשה למענק אישי מטעם הקרן לרווחה לנפגעי השואה.

- קבלת הפניה עבור טיפול שיניים מיועדת לניצולי שואה אשר: 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, 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.
- הכנסותיו החודשיות של מגיש הבקשה אינן עולות על 7,006 ₪ (הגדרת נצרך על פי הלשכה לשיקום נכים, משרד האוצר).
- ניתן להגיש בקשה אחת בשנה.

### כיצד להגיש בקשה?

1. סיוע והדרכה למילוי טפסי הבקשה ניתן לקבל חינם אין כסף במספרי הטלפון הרשומים מטה.
2. יש למלא את טופס הבקשה בעברית וחובה לצרף המסמכים המפורטים בטופס הבקשה.
  - צילום תעודת זהות וספת.
  - צילום של חשבון עו"ש ואישורים על הכנסות חודשיות: פנסיה, רנטה, תגמולים וביטוח לאומי.
  - אישורים על ניצולות שואה: קבלת רנטה, תגמולים, פיצויים חד פעמיים או אישור צלב האדום.
  - הצעת מחיר או תוכנית טיפול במידה וכבר ישנן.
  - שאלון בריאות ודו"ח רפואי מרופא המשפחה.

### כללי

1. ועדה ציבורית של ניצולי שואה בודקת כל בקשה ומחליטה האם לאשרה או לדחותה.
2. התקציב המוגבל של הקרן, אינו מאפשר היענות לכל הפניות ולא תמיד מאפשר לנו הפניה לרופא מטפל 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).
3. הרופא המטפל יבחר ע"י הקרן מתוך מאגר המתנדבים של הסתדרות רפואת השיניים.



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

לכבוד

שלום רב,

**הכללים והאחריות לקבלת טיפול שיניים ללא תשלום**  
**במסגרת פרויקט הסתדרות רופאי השיניים למען ניצולי השואה**

במסגרת שיתוף הפעולה עם הסתדרות רופאי השיניים, תופנה/י לרופא/ת שיניים שהסכים לטפל בניצולי שואה בתנאים אלה:

א. **טיפול משמר** כגון: סתימה, עקירה, טיפול שורש) – יהיה ללא תשלום כלשהו.

ב. **טיפול שיקומי / פרוטטי** – עבודת רופא השיניים תהיה ללא תשלום, אך עליך יהיה לשלם את עלות החומרים והמעבדה.

הננו מבקשים להביא לידיעתך כי האחריות המלאה בכל הקשור לטיפול השיניים הינה של רופא השיניים ולא של הקרן. בהתחשב בכך שמדובר בטיפול רפואי אישי ובהתחשב בכך שעליך לשאת בתשלום עבור עלות חומרים ומעבדה – אנו ממליצים לך לקבל הצעה מסודרת עבור הטיפול ולבחור לקיימו לאחר שתשקול בדבר.

בכבוד רב,

הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע"ר)

**אישור על קבלת הסבר**

הריני מאשר כי האמור לעיל הוסבר לי ואני מבין כי הפנייתי לטיפול שיניים הינה באחריות רופא השיניים ואין לקרן כל נגיעה או מעורבות לעצם הטיפול וכי הקרן לא תישא בשום תשלום או אחריות לטיפול, למעט אם ניתן לי מכתב התחייבות לתשלום חתום. כן הוסבר לי כי רופא השיניים ידרוש ממני תשלום עבור חומרים ו/או שירותי מעבדה וכי יהיה עלי לשאת בתשלומים אלה. הומלץ לי להחליט על ביצוע הטיפול לאחר שאקבל הצעה מסודרת לגבי הטיפול הנחוץ ולגבי עלות החומרים ואתרשם מהרופא אליו הופנית.

על החתום

ת.ז.

שם משפחה

שם פרטי

חתימה:

שם המסביר:



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

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

### טופס בקשה להפניה עבור טיפול שיניים

באמצעות ההסדר עם ההסתדרות לרפואת שיניים

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

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

ב. הכנסות (יש לצרף אישורים ודפי עובר ושב על כל ההכנסות החודשיות; רנטה, תגמולים, ביטוח לאומי ופנסיה)

תגמולים \_\_\_\_\_ ש. רנטה \_\_\_\_\_ ש. ביטוח לאומי \_\_\_\_\_ ש.

פנסיה \_\_\_\_\_ ש. קרן סעיף 2 \_\_\_\_\_ ש. מקור אחר \_\_\_\_\_ ש.

ג. נחוץ לי טיפול שיניים מסוג: (פרט: סתימה, ניקוי, טיפול שורש, תותבות וכו') אם יש הצעת מחיר – מומלץ לצרף:

ד. כיצד עברת את 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 \_\_\_\_\_

ה. הצהרה, בחתימתי זו הנני מצהיר כדלקמן:

- אני מסמיך אתכם לקבל ולמסור עם כל גוף ממשלתי, ציבורי, או פרטי בישראל או בחו"ל כל מידע בנוגע אלי ולבקשתי זו ולהכנסותי, לרבות לקבל ולמסור, לבדוק ולאמת כל מידע ממאגר מרשם האוכלוסין במשרד הפנים, כולל: שם פרטי ושם משפחה, סטטוס (נפט) 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. ידוע לי כי, באם תאושר בקשתי, פרטי הדמוגרפים, אותם העברתי לקרן, יועברו לרופא השיניים ולהסתדרות רפואת השיניים.
- 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.
- אין ברשותי לממן טיפול השיניים המבוקש וידוע לי כי הרופא המטפל יבחר ע"י הקרן.
- ידוע לי כי עבודת הרופא הינה בהתנדבות, אך יתכן ואצטרך לשאת בעלות מעבדה וחומרים.

ובאתי בזאת על החתום היום בתאריך: \_\_\_\_\_

שם המבקש \_\_\_\_\_ חתימת המבקש: \_\_\_\_\_

המלצת הפקיד הממונה/עו"ס: \_\_\_\_\_

חבר ועדה 2

יו"ר הוועדה

חבר ועדה 1

רחוב קפלן 17, (בנין הסוכנות היהודית) ת"א. מען למכתבים: ת.ד. 7197 ת"א, 64734

טל: 03-6090866 פקס: 03-6968294



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

סודי רפואי לאחר מילוי

שאלון בריאות

1. בריאות כללית

האם הינך סובל/ת או סבלת בעבר מהמחלות הבאות:

- בעיית לב (מום לב מולד, אוושה/רשרוש, ניתוח לב וכו')? לא / כן פרט \_\_\_\_\_
- יתר לחץ דם? לא / כן. פרט \_\_\_\_\_
- אפילפסיה (מחלת הנפילה) לא / כן. פרט \_\_\_\_\_
- צהבת (הפטיטיס) או מחלת כבד? לא / כן. פרט \_\_\_\_\_
- מחלת ריאות? לא/ כן. פרט \_\_\_\_\_
- מחלת כליות? לא/כן. פרט \_\_\_\_\_
- האם עברת ניתוח או אשפוז בב"ח? לא / כן. פרט \_\_\_\_\_
- האם הינך נוטל תרופות באופן קבוע? לא / כן. פרט \_\_\_\_\_
- האם הינך סובל/ת מאלרגיה כלשהי או רגישות לתרופות? לא/ כן. פרט \_\_\_\_\_
- בעיה רפואית / מחלה אחרת שלא צוינה? לא / כן. פרט \_\_\_\_\_

2. מצב דנטאלי

- מספר שיניים טבעיות שנותרו בפה? מעל 15 / מתחת ל-15 / לא נותרו שיניים בפה
- סובל/ת מכאבי שיניים? לא / כן
- בגלל מצב השיניים הנני מתקשה לאכול? כן / לא
- לא נותרו לי שיניים טבעיות ( או כמעט ולא ) ואין לי תותבות. לא נכון/נכון
- התותבות הקימות אצלי אינן נוחות ויציבות. לא נכון / נכון

3. הציפיות שלי מטיפול השיניים:

---

---

---

חתימה

תאריך

שם משפחה

שם פרטי

רחוב קפלן 17, (בנין הסוכנות היהודית) ת"א. מען למכתבים: ת.ד. 7197 ת"א, 64734

טל: 03-6090866 פקס: 03-6968294