



תאריך: _____

פרויקט הפניית ניצולי שואה לטיפול שיניים באמצעות רופאים מתנדבים
או עמותות לרפואת שיניים

הקרן לרווחת נפגעי השואה ביחד עם הסתדרות רופאי השיניים ועמותות לרפואת שיניים, מפעילות מיזם שמטרתו לעזור לניצולי השואה בטיפול השיניים.

א. **קבלת הסיוע בפרויקט מותנית בעמידה בהגדרת הניצולות של הקרן לרווחת נפגעי השואה ובכך שהכנסותיו החודשיות של מגיש הבקשה אינן עולות על 5,500 ₪ ברוטו לחודש (לא כולל רנטות ותגמולים).**

ב. **ניתן להגיש בקשה אחת בשנה.**

ג. יש למלא את טופס הבקשה בעברית ולצרף את המסמכים המפורטים בטופס הבקשה.

ד. במסגרת שיתוף הפעולה עם הסתדרות רופאי השיניים והעמותות המסייעות, תופנה לרופא שיניים / מרפאת שיניים שהסכימו לטפל בניצולי שואה בתנאים הבאים:

1. טיפולים משמרים כגון: סתימה, עקירה, טיפול שורש- עפ"י מחירון משרד הבריאות.

2. טיפול שיקומי/ פרוטטי- עבודת רופא השיניים תהיה ללא תשלום, אך עליך יהיה לשלם את עלות החומרים ושירות המעבדה, עפ"י מחירון משרד הבריאות.

3. סיוע באמצעות ניידות "העמותה לרפואה ניידת", או באמצעות הפניה לאחת ממרפאות 'לוטוס' – הטיפול כרוך בעלות כספית מסובסדת עפ"י מחירון משרד הבריאות.

• **לידיעתכם: החל מתאריך 1.2.2019 ניתן לפנות לקופות החולים על מנת לקבל טיפול שיניים במחירים מסובסדים.**

• **הגשת הבקשה אינה מבטיחה את קבלת הסיוע.**

• **כל בקשה נבחנת על ידי הקרן בקפידה ותשובה לגבי העזרה תישלח לפונה בין אם חיובית או שלילית.**

נא למלא הטפסים ולשלוח לקרן לרווחת נפגעי השואה לכתובת:

ת.ד. 7197 ת"א, 64734.

לשאלות ניתן לפנות לטלפון 03-6090866 בימים א' עד ה' בין השעות 08:00 – 16:00.

בכבוד רב,

הקרן לרווחת נפגעי השואה (ע"ר)



טופס בקשה להפניה עבור טיפול שיניים

פרטים אישיים		יש למלא בעברית ובכתב ברור
מספר תעודת זהות (יש לצרף צילום תעודת זהות וספח)		
שם משפחה		
שם פרטי		
תאריך לידה		
מצב משפחתי (הקף בעיגול)		נשוי/אלמן/גרוש/רווק/אחר _____
מין (הקף בעיגול)		זכר / נקבה
ארץ לידה		
כתובת מגורים	עיר	
	רחוב	
	מספר בית	
	מיקוד	
דרכי התקשרות של הפונה		טלפון: _____ נייד: _____
פירוט הכנסות חודשיות		בטוח לאומי: _____ פנסיה (כולל פנסיה מחו"ל): _____ מקור אחר: _____
*אישור הבקשה מותנה בעמידה ברף הכנסה של 5,500 ₪		
נחוץ לי טיפול שיניים מסוג: (סתימה, ניקוי, טיפול שורש, תותבות) (אם קיימת בידך הצעת מחיר- אנא צרף אותה לבקשה)		
מצב דנטלי - נא לסמן		מספר שיניים טבעיות שנותרו בפה: _____ מעל 15 / מתחת ל-15 / לא נותרו שיניים בפה בגלל מצב השיניים הנני מתקשה לאכול: לא / כן לא נותרו לי שיניים טבעיות ואין לי תותבות: לא / כן התותבות הקיימות אצלי אינן נוחות ויציבות: לא / כן



הצהרה, בחתימתי זו הנני מצהיר כדלקמן:

1. אני מסמיך את הקרן לרווחת נפגעי השואה בישראל, (להלן: הקרן), לקבל מכל גוף ממשלתי, ציבורי, או פרטי בישראל או בחו"ל כל מידע בנוגע אלי ולבקשתי זו ולהכנסותיי, 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.
2. אני מוותר בזאת על זכויותיי לסודיות שייפגעו מהשימוש שיעשה במידע שיתקבל לצורך ההחלטה לגבי זכאותי לקבלת הסיוע. ידוע לי כי, באם תאושר בקשתי, פרטי האישיים, אותם העברתי לקרן, יועברו לרופאי השיניים ולהסתדרות רופאי השיניים.
3. הנני מצהיר כי הפרטים אשר מסרתי הינם נכונים ומלאים, לרבות הדיווח על עמידה ברף הכנסה חודשית של 5,500 ₪, וידוע לי כי מסירת הצהרה כוזבת ו/או לא מלאה תגרום לביטול זכאותי לסיוע מהקרן לאלתר, וכן לנקיטת הליכים פליליים כנגדי.
4. הובא לידיעתי ואני מבין כי האחריות המלאה בכל הקשור לטיפול השיניים הינה של רופא השיניים ולא של הקרן וכי הקרן לא תישא בשום תשלום או אחריות לטיפול למעט אם ניתן טופס התחייבות לתשלום חתום.
5. ידוע לי כי הקרן תהיה רשאית להעביר את המידע כאמור לכל רשות מרשויות המדינה (לרבות גופים ציבוריים או תאגידיים שהוקמו מכח חוק), וכן תהיה רשאית להעביר את המידע לתורם וזאת למטרת הענקת הסיוע כאמור בכתב ויתור זה וכן לצורך מילוי התחייבויותיה על פי כל דין. למען הסר ספק, ידוע לי ומוסכם עליי כי העברת המידע כאמור לגורמים המורשים לא תהווה הפרה של כתב סודיות זה.
6. יובהר כי מילוי טופס, חתימה עליו ושליחתו למשרדי הקרן אינם מבטיחים את קבלת השירות בשום צורה.
7. ידוע לי כי עבודת הרופא הינה בהתנדבות, אך אצטרך לשאת בעלות מעבדה וחומרים. כמו כן ידוע לי כי הפנייה לטיפול ב'עמותה לרפואה ניידת', או באחת ממרפאות 'לוטוס' – כרוכה בעלות כספית מסובסדת עפ"י מחירון שנקבע במשרד הבריאות ומתעדכן מעת לעת.
8. ידוע לי כי החל מתאריך 1.2.2019 טיפולי שיניים ניתנים בחינם או במחירים מסובסדים בקופות החולים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ולכן ראשית עלי למצות את זכויותיי בנושא זה בקופת החולים.

ובאתי בזאת על החתום:

שם המבקש: _____ חתימת המבקש: _____ תאריך: _____

נא למלא את הטופס, לחתום עליו ולהחזירו לכתובת או לפקס הכתובים מטה

לשימוש המשרד - למילוי ע"י נציג הקרן בלבד:

המלצת הפקיד הממונה/עו"ס: _____