



טופס בקשה לתוספת 9 שעות סיעוד שבועיות בבית הניצול

יש להגיש הבקשה בשלמות ובצירוף כל המסמכים הדרושים, באחת מהדרכים הבאות:

בפקס: 03-6968294

בדואר אלקטרוני: info@k-shoa.org

בדואר: עבור 'הקרן לרווחת נפגעי השואה' רח' המלאכה 3,

ת.ד. 7197, תל-אביב. מיקוד 6721503

(על הטופס רשאים לחתום הפונה או אפוטרופוס בתוספת אישור אפוטרופוס).

חובה לצרף את המסמכים הבאים:

1. צילום קריא של ת.ז
2. אחד מהאישורים הבאים המעידים על היותך מוכר כניצול שואה ע"י אחד הגופים הרשמיים-
 - אישור לקבלת תגמולים (נכי רדיפות)/ מענק שנתי מהרשות לזכויות ניצולי שואה במשרד האוצר.
 - אישור לקבלת רנטה/ פיצוי חד פעמי מוועידת התביעות.
 - אישור לרנטה מה- BEG (בכפוף לאישור הגורמים המממנים).
3. אחד מהאישורים הבאים המעידים על זכאותך האישית לעזרה סיעודית:
 - אישור מהמוסד לביטוח לאומי, עדכני וממוחשב על זכאות לגמלת סיעוד כשירותים באמצעות ספקי סיעוד ברמות 3 (ניקוד תלות מזכה: 6)* 4, 5 ו-6 מלאה (לא מופחתת בשל הכנסות). **
 - אישור שר"מ עדכני המעיד על זכאות בהיקף של 105% ומעלה והצהרת הכנסות (נספח א' באתר הקרן).
 - שעות "עזרה לזולת" מטעם משרד הביטחון בהיקף 66 שעות חודשיות ומעלה והצהרת הכנסות (נספח א' באתר הקרן).

לסיוע בקבלת אישורי הכרה בניצולות ניתן לפנות ל:

הרשות לזכויות ניצולי השואה 03-5682651
ועידת התביעות 03-5194401
רשות הפיצויים הגרמנית ה-BEG 03-6234100

*רמה 3 בנקודות תלות הנמוכות מ-6 אינה מזכה בתוספת 9 שעות סיעוד מהקרן.
** גמלה המשולבת כסף ושירותים ב"עין" באמצעות ספקי סיעוד – אינה מזכה לגמלה בכסף. שרותי הסיעוד יינתנו ע"י ספק השירות הנבחר.

הסיוע לתוספת של 9 שעות הסיעוד יחל מיום אישור הבקשה ע"י הקרן



(כולל ספרת ביקורת)
(חובה לצרף צילום ת.ז קריא)

מספר זהות _____

אנגלית	עברית		
		שם משפחה	פרטים אישיים
		שם פרטי	
		ארץ לידה	
	שנה / חודש / יום	תאריך לידה	מצב משפחתי
	רווקה / נשוי/אה / גרושה / אלמן/ה (הקף את הרלוונטי)		
	מס' ילדים _____ האם יש ילדים שגרים בישראל? כן / לא		
	ישוב _____ רחוב _____	פרטים מגורים	
	מס' בית _____ מס' דירה _____ מיקוד _____ ת.ז. _____		
	** לתשומת ליבך- השירות ניתן אך ורק בבית או בדיוור מוגן לעצמאיים.		
	טל' בבית _____ נייד _____		סיוע סיעודי
	- יש לי מטפל סיעודי ישראלי / זר (הקף את הרלוונטי)		
	- שם ספק הסיעוד _____ עיר הסניף _____		איש קשר
	שם מלא _____ סוג קירבה _____		
	טלפון _____ / _____		

שם הפונה _____ ת.ז. _____ חתימה _____ תאריך _____

במידה וממלא ע"י אפוטרופוס, חובה לצרף צילום אישור אפוטרופסות:

שם האפוטרופוס _____ ת.ז. האפוטרופוס _____ חתימה _____ תאריך _____



במימון ועידת התביעות ומדינת ישראל באמצעות הרשות לזכויות ניצולי השואה
כתב הסכמה

ברשותנו מידע אישי מפורט אודותיך, אודות מצבך הכלכלי, מצב בריאותך ופרטים על רדיפות הנאצים שהיו מנת חלקך (להלן "הפרטים האישיים"). מידע זה, הוא חיוני, ונעשה בו שימוש, גם על מנת לקבוע את זכאותך לקבלת שירותים בהתאם להנחיות ועידת התביעות (להלן: "ועידת התביעות"), לצורך קיום מטרת הקרן לרווחת ניצולי שואה בישראל (להלן: "הקרן"), ולצורך שיתופי פעולה עם גורמים שונים במטרה לסייע לניצולי שואה.

איך נשתמש בפרטיך האישיים?

הקרן תשתמש במידע שנמסר על ידיך על מנת להעריך אם אתה זכאי לקבלת ההטבות על פי תכניות סיוע שונות ולצורך שיתוף מידע מול גופים שונים. כמו כן הקרן תמשיך בשמירת רישומים על השירותים וההטבות שתספק לך. נבהיר כי על פי חוקי הגנת הפרטיות חלה על הקרן חובה משפטית לנקוט בכל הצעדים לשמירת פרטי המידע האישי שלך באופן הבטוח ביותר על פי מיטב ידיעתנו ואמונתנו.

העברת פרטי המידע האישי לגורמים אחרים

תנאי מוקדם למימון השירותים וההטבות שמקורם בתמיכת ועידת התביעות, הוא שגם הגורם המממן (כגון ממשלת גרמניה, הרשות לזכויות ניצולי השואה – מדינת ישראל) וגם ועידת התביעות יקבלו העתקים מהפרטים האישיים של מקבלי הסיוע, הקרן תהיה מחויבת להעביר העתקים של פרטיך האישיים לוועידת התביעות באופן ישיר או באמצעות גורמים המממנים. נבהיר כי גם על כל מי שיקבל מידע אודותיך חלה חובה משפטית להבטיח, על פי מיטב ידיעתם ואמונתם, שפרטיך האישיים יישמרו בצורה נאותה ולהשתמש בהם רק למטרת סיוע לך כולל אימות, בקרה ופיקוח על זכאותך להטבות הניתנות.

אימות חיצוני

הקרן, ועידת התביעות (ונציגיה המוסמכים) יהיו זכאים לבדוק את פרטיך האישיים, המוחזקים על ידי מוסדות ממשלתיים, בתי משפט, ארכיונים ומוסדות בגרמניה ובכל מקום אחר ולהעביר את המידע לכל גורם אחר. על ידי חתימתך על כתב זה להלן, אתה מסמיך את הקרן לקבל את הפרטים האישיים ולהעבירם לגורמים שלישיים לצורך קיום מטרת הקרן ולצורך שיתופי פעולה שונים.

בנוסף, אתה מסמיך את ועידת התביעות, בין היתר, להתחייב לבצע את הבקרה הנ"ל.

מבלי לגרוע מהאמור בכתב ההסכמה דלעיל בחתימתי זו הנני מצהיר כדלקמן

אני מסמיך אתכם לקבל ולתת מכל גוף ממשלתי, ציבורי, או פרטי בישראל או בחו"ל כל מידע בנוגע אלי ולבקשתי זו להכנסותי, לרבות לקבל, לבדוק ולאמת כל מידע ממאגר מרשם האוכלוסין במשרד הפנים ומהמוסד לביטוח לאומי, כולל: שם פרטי ושם משפחה, סטאטוס (נפטר) ותאריך פטירה, כניסה למוסד, הפחתה בגובה גמלת הסיעוד, וכן: תאריך וארץ לידה, תאריך וארץ עליה, מצב משפחתי, ת.ז., כתובת ולאום. אני מוותר בזאת על זכויותי לסודיות שיפגעו מהשימוש שיעשה במידע שיתקבל לצורך ההחלטה לגבי זכאותי לקבלת תוספת שעות סיעוד. ידוע לי שאם בקשתי תאושר, הפרטים אודותי, יועברו לחברה/עמותה המספקת את שירותי הסיעוד. ידוע לי כי זכאותי לקבל תוספת שעות סיעוד במימון הקרן תלויה, בין היתר, בכך שלא קיבלתי ולא אקבל מענק ו/או החזר מכל גורם אחר בגין הוצאות אלה. לפיכך הריני להצהיר כי לא ביקשתי בעבר מכל גורם שהוא החזר עבור תוספת שעות סיעוד במימון הקרן בגין מתבצעת פנייתי זו לקרן וכי אין בכוונתי להגיש בקשה כאמור בעתיד אם פנייתי אליכם תיענה. אם אקבל בעתיד מכל גורם שהוא החזר בגין תוספת שעות סיעוד במימון הקרן, אני מתחייב להחזיר לקרן את סכום המענק/החזר שאקבל בעבור ההוצאות הנ"ל.

אני מאשר בזה שקראתי והבנתי את תוכן כתב ההסכמה וההצהרה דלעיל על כל פרטיהם והנני מסכים לאמור בו.

שם המטופל	תעודת זהות	חתימה	תאריך
שם	שם משפחה	תעודת זהות	חתימה
שם	שם משפחה	תעודת זהות	קרבה למטופל