



תאריך: _____

"חיור לטובה" פרויקט למימון טיפולי שיניים - 2023

- הקרן לרווחת נפגעי השואה מפעילה אפיק סיוע שמטרתו לעזור לניצולי השואה בטיפול השיניים.
- קבלת הסיוע מותנית בעמידה בהגדרת הניצולות של הקרן לרווחת נפגעי השואה ובכך שהכנסותיו החודשיות של מגיש הבקשה אינן עולות על 10,447 ₪ ברוטו לחודש (לא כולל רנטות ותגמולים).
 - הסיוע יינתן כנגד הצגת המסמכים הבאים:
 - קבלות (מקור/צילום קריא וברור) **משנת 2023** ע"ש הניצול בלבד עבור טיפולי שיניים שבוצעו בשלושת החודשים האחרונים למועד הגשת הבקשה.
 - לא יינתן סיוע בגין חשבונית ו/או כל מסמך אחר שאינו קבלה.
 - לא תתקבלנה קבלות משנים קודמות.
 - פרטי חשבון בנק ע"ש הניצול/ה (כולל אישור על ניהול חשבון).
 - צילום ת.ז קריא וברור.
 - טופס הבקשה מלא וחתום ע"י הפונה או אפוטרופוס בליווי אישור אפוטרופסות.
 - הסכום המינימלי לסיוע הינו 500 ₪, סה"כ הסכום המרבי להחזר הוא עד 4,000 ₪.
 - הגשת בקשה להחזר כספי אינה מהווה כל התחייבות מצד הקרן למתן החזר מלא או חלקי.**
 - כל בקשה נבחנת על ידי הקרן בקפידה ותשובה לגבי העזרה תישלח לפונה בין אם חיובית או שלילית.
 - סיוע זה ניתן אחת לשנתיים (לאחר תקופת מעבר של 24 חודשים ממועד הגשת הבקשה הקודמת לקרן).
נא למלא הטפסים ולשלוח לקרן לרווחת נפגעי השואה בדוא"ל info@k-shoa.org או למספר פקס: 03-6968294 או בדואר לכתובת: ת.ד. 7197 ת"א, 6721503.

בכבוד רב,

הקרן לרווחת נפגעי השואה (ע"ר)



"חיוך טובה" - טופס בקשה לסיוע במימון טיפולי שיניים - 2023

יש למלא בעברית ובכתב ברור		פרטים אישיים
		מספר תעודת זהות (יש לצרף צילום תעודת זהות וספח)
		שם משפחה
		שם פרטי
		תאריך לידה
נשוי/אלמן/גרוש/רווק/אחר _____		מצב משפחתי (הקף בעיגול)
זכר / נקבה		מין (הקף בעיגול)
		ארץ לידה
	עיר	כתובת מגורים
	רחוב	
	מספר בית	
	מיקוד	
טלפון:		דרכי התקשרות של הפונה
נייד:		
בטוח לאומי:		הכנסות חודשיות חובה לציין ערך מספרי!
פנסיה (כולל פנסיה מחו"ל):		
מקור אחר:		
כללית / לאומית / מאוחדת / מכבי		קופת החולים בה את/ה חברה

פרטי חשבון בנק להעברת החזר:

יש לצרף אישור מהבנק כי חשבון זה שייך לפונה או דף עו"ש עם פרטים מזהים של הפונה או צילום שיק מבוטל עם שמו של הפונה.

אבקש להעביר את סכום החזר לחשבון מספר: _____
בבנק: _____

מספר בנק: _____ בסניף: _____ מספר סניף: _____

החשבון על שם: _____



הצהרה, בחתימתי זו הנני מצהיר כדלקמן:

1. אני מסמך את "הקרן לרווחת נפגעי השואה" לקבל ולתת כל מידע אישי מכל גוף ממשלתי, ציבורי, או פרטי בישראל או בחו"ל לרבות לקבל, לבדוק ולאמת כל מידע ממאגר מרשם האוכלוסין במשרד הפנים והמוסד לביטוח לאומי, כולל: שם פרטי ושם משפחה, סטאטוס (נפטר) ותאריך פטירה, כניסה למוסד, וכן: תאריך וארץ לידה, תאריך וארץ עליה, מצב משפחתי, ת.ז, כתובת ולאום. הפונה מוותר בזאת על זכותו לסודיות במידה ותיפגע מהשימוש במידע שיתקבל לצורך הסיוע.
2. הנני מצהיר שהפרטים הנ"ל נכונים ומלאים, ידוע לי כי מסירת הצהרת כוזבת ו/או לא מלאה תגרום לביטול זכאותי לסיוע מהקרן לאלתר. הנני מצהיר כי לאור מצבי הכלכלי הסוציאלי הנני נזקק לסיוע המבוקש.
3. ידוע לי כי שליחת טופס זה אינה מהווה התחייבות מצד הקרן למתן החזר כספי/שירות כמבוקש בטופס זה.
4. יובהר כי מילוי טופס זה והליך הגשת הבקשה לקרן הוא חינוך ואינו כרוך בכל תשלום שהוא לשום גורם, אך אינם מבטיחים את קבלת השירות בשום צורה.
5. הנך מודע/ת לכך שלא חלה עליך כל חובה חוקית להעביר את המידע ואת/ה מאשר/ת כי הנך מעביר/ה את המידע כאמור מרצונך החופשי.
6. הסכמת לכך שהמידע שלך ישמר במאגר מידע רשום של הקרן המנוהל ומוחזק על ידי הקרן. השימוש במידע כאמור על ידי הקרן יהיה לצורך בדיקת זכאותך לשירותים במסגרת התכנית, מתן השירותים במידה ונמצאת זכאי/ת ותיעוד פנימי בהתאם לנהלי הקרן. המידע לא יועבר לאף גוף אחר, למעט אם נדרשת העברתו על פי דין, או בהתאם לאמור בטופס הסכמה זה, הכל בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות. אם ברצונך להוסיף או לתקן פרט מידע ממאגר המידע, הנך מתבקש לפנות אל הקרן בכתובת המלאכה 3 תל אביב.

ובאתי בזאת על החתום:

שם: _____

תאריך: _____

חתימה: _____

