



תאריך: _____

טופס סיוע בטיפול שיניים עבור ניצולת/ת שואה

הקרן לרווחת נפגעי השואה בישראל מפעילה מיזם שמטרתו לעזור לניצולי השואה בטיפול שיניים.

1. קבלת הסיוע בפרויקט מותנית בעמידה בהגדרת הניצולות של הקרן לרווחת נפגעי השואה בישראל ובכך שהכנסותיו החודשיות של מגיש הבקשה אינן עולות על 10,447 ₪ ברוטו לחודש (לא כולל רנטות ותגמולים).

2. א. הסיוע יינתן כנגד הצגת: אישור ניצולות מגוף פורמאלי (משרד האוצר/ועידת התביעות), קבלות (מקור/צילום קריא וברור) ע"ש הניצול עבור טיפולי שיניים שבוצעו החל מ-03/2020 בלבד, ופרטי חשבון בנק ע"ש הניצול/ה (כולל אישור על ניהול חשבון).

ב. סה"כ הסכום המרבי להחזר הוא עד 4,000 ₪.

ג. הגשת בקשה להחזר כספי אינה מהווה כל התחייבות מצד הקרן למתן החזר מלא או חלקי.

3. יש למלא את טופס הבקשה בעברית ולצרף את המסמכים המפורטים בטופס הבקשה (צילום ת.ז, אישור ניהול חשבון בנק ע"ש הפונה).

4. יובהר כי הגשת הבקשה אינה מבטיחה את קבלת הסיוע.

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

6. נא למלא הטפסים ולשלוח לקרן לרווחת נפגעי השואה בישראל למספר פקס: 03-6968294 או לכתובת מייל: info@k-shoa.org או בדואר לכתובת: ת.ד. 7197 ת"א, 64734.

בכבוד רב,

הקרן לרווחת נפגעי השואה בישראל (ע"ר)



טופס בקשה לסיוע 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: _____
הכנסות חודשיות		בטוח לאומי: _____
חובה לציין ערך מספרי!		פנסיה (כולל פנסיה מחו"ל): _____
		מקור אחר: _____
קופת החולים בה את/ה חברה		כללית / לאומית / מאוחדת / מכבי

פרטי חשבון בנק להעברת ההחזר:

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 ההחזר לחשבון מספר: _____
בבנק: _____

מספר בנק: _____ בסניף: _____ מספר סניף: _____

החשבון על שם: _____

* בקשה להחזר כספי, תשולם לפי סך הקבלות התקינות בבקשה (גם אם מדובר בסכום נמוך).



הצהרה, בחתימתי זו הנני מצהיר כדלקמן:

1. אני מסמיך 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. 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.

ובאתי בזאת על החתום:

שם: _____

תאריך: _____

חתימה: _____

במידה והחותם אינו המבקש: הקרבה למטופל: _____

שם: _____ משפחה: _____

חתימה: _____ 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: _____