

תאריך: _____

פרויקט הפניית ניצולי שואה לטיפול שיניים

במסגרת הפרויקט, מאפשרת הקרן לרווחת נפגעי שואה לניצולים הזקוקים לסיוע בטיפולי שיניים לקבל טיפול על ידי מרפאות וגופים המעניקים הטבה בעלות הטיפול לזכאים העומדים בקריטריונים.

א. **קבלת הסיוע בפרויקט מותנית באישור ניצולות מגורם מוסמך ובכך שהכנסותיו החודשיות של מגיש הבקשה אינן עולות על 10,447 ₪ ברוטו לחודש (לא כולל תגמולים ורנטות בגין נרדפות).**

ב. **ניתן להגיש בקשה אחת בכל שנה.**

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

ד. **תוקף ההפניה הינו - שלושה חודשים, מיום שליחת הפניה למרפאה.**

ה. **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 בעלות השתתפות עצמית בלבד ע"פ הרפורמה לטיפולי שיניים.

- 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:

- פקס: 03-6968294

- דוא"ל: info@k-shoa.org

- בדואר לכתובת: ת.ד. 7197 ת"א, 6721503.

לשאלות וברורים ניתן לפנות למוקד הקרן בטלפון: 03-6090866

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 :
קופת החולים בה את/ה חבר/ה	כללית / לאומית / מאוחדת / מכבי
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 הנפגעי 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, ידוע 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 עלי 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 הפנייה לטיפול בעמותה לרפואה ניידת, או באחת ממרפאות 'לוטוס' – כרוכה בעלות כספית מסובסדת עפ"י מחירון שנקבע במשרד הבריאות ומשתנה 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: _____

גורם מפנה: _____

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