

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 10,038 ₪ 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. במסגרת השת"פ הקיים עם העמותה לרפואת שיניים ניידת ע"ש פרופ' אדי. א. גרפונקל ורשת מרפאות "לוטוס" - יופנו הזכאים לעבור טיפול שיניים במרפאה הנבחרת, לאחר בדיקת הבקשה, הזכאות והפרטים הנדרשים. ההפניה תיעשה בכתב הן לניצול והן למרפאה.

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

ו. 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:

- פקס: 03-6090866

- 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: _____
	האם קיבלת מענק חד פעמי מועידת התביעות: _____ כן / לא
	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 התחייבותיה 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 הפנייה לטיפול ב'עמותה 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 זכויותי 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

לשימוש המשרד - למילוי ע"י נציג הקרן בלבד:

המלצת הפקיד הממונה/עו"ס: _____

אנא בחר/י את חברה בה מעוניין לעבור טיפולים, העמותה לרפואה הניידת או הסניף במרפאות לוטוס, אליו תרצה/י להגיע לטיפול שינים (ניתן לבחור סניף אחד):

עמותה לרפואה הניידת, מבצעים את הטיפול בבית הניצול.

רשימת סניפי מרפאות "לוטוס":

מס' טלפון קווי	מיקום המרפאה
04-9956165	<input type="checkbox"/> מרפאת – עכו רח' ויצמן 35 מבנה עיריית עכו
7750087680	<input type="checkbox"/> מרפאת נשר רח' ברק 9 נשר
04-6404664	<input type="checkbox"/> מרפאת עפולה רח' קידרון 14 עפולה
03-5777018	<input type="checkbox"/> מרפאת – בני ברק רח' חיד"א 24 בניין עזרה ומרפא קומה ג' בני ברק
08-6585888	<input type="checkbox"/> מרפאת-ירוחם מרפאת בריאות השן רח' צבי בורנשטיין ת.ד. 11 ירוחם
02-5807517	<input type="checkbox"/> מרפאת – ביתר עילית רח' ברסלב 5 ביתר עילית
04-6920214	<input type="checkbox"/> מרפאת – חצור הגלילית
09-7731383	<input type="checkbox"/> מרפאת – נתניה נחום 35 נתניה
03-9696126	<input type="checkbox"/> מרפאת אלמוג – ראשון לציון – יהודה לייב פינסקר 3 ראשון לציון
08-8604349	<input type="checkbox"/> מרפאת – אשדוד סטרומה 5 אשדוד