



הקרן לרווחת נפגעי השואה (ע.ר.)
The Foundation for the Welfare of Holocaust Victims



"חיוך לטובה" הפניות ומימון טיפולי שיניים (באמצעות מרפאה ניידת/רופאים מתנדבים)

במסגרת הפרויקט, מאפשרת הקרן לרווחת נפגעי שואה לניצולים **מרותקי בית** הזקוקים לסיוע בטיפולי שיניים לקבל טיפול על ידי ניידת המגיעה לבית הניצול או באמצעות רופאים מתנדבים בקהילה. העמותה תפנה את הזכאים לאחת מהאפשרויות המתאימות לפונה.

במקרים בהם הפונה ימצא זכאי לסיוע, העמותה תבחן את האפשרות לממן עד 4,000 ₪ מעלות הטיפול ישירות לספק.

- קבלת הסיוע מותנית בעמידה בהגדרת הניצולות של הקרן לרווחת נפגעי השואה ובכך שהכנסותיו החדשיות של מגיש הבקשה אינן עולות על רף תגמול מוגדל לפי הכנסה של הרשות לזכויות ניצולי השואה ברוטו לחודש (כולל רנטות ותגמולים).
- יש למלא את טופס הבקשה בעברית ולצרף את המסמכים המפורטים בטופס הבקשה.
- טופס הבקשה מלא וחתום ע"י הפונה או אפוטרופוס בליווי אישור אפוטרופוסות.
- תוקף ההפניה הינו שלושה חודשים מיום שליחת הפניה למרפאה.
- **הגשת הבקשה אינה מהווה כל התחייבות מצד העמותה למתן מימון מלא או חלקי.**



"חיוך לטובה" - טופס בקשה לסיוע במרפאה ניידת/רופאים מתנדבים לטיפול 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)		רווק / נשוי / גרוש / אלמן / אחר _____
מין (הקף בעיגול)		זכר / נקבה
ארץ לידה		
כתובת מגורים	עיר	
	רחוב	
	מס' בית	
	מס' דירה	
	מיקוד	
דרכי התקשרות של הפונה		טלפון: _____
		נייד: _____
		דוא"ל: _____
איש קשר		שם: _____ קרבה: _____
		טלפון: _____
		דוא"ל: _____
פירוט הכנסות חודשיות		רנטה / תגמול / תגמול מוגדל לפי הכנסה / מענק _____ ש חודשית / שנתית
		קצבה מהביטוח הלאומי: _____ ש
		פנסיה חודשית (כולל פנסיה מחו"ל): _____ ש
		מקור אחר: _____ ש
קופת חולים		כללית / לאומית / מאוחדת / מכבי
נחוץ לי טיפול שיניים מסוג		סתימה / ניקוי / טיפול שורש / תותבות / אחר (יש להקיף בעיגול)
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 (נפטור) 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 לספק נותן השירות של העמותה/רופאים מתנדבים מטעם עמותת "למענם".
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 שאותו מסרתי לה לרשויות המדינה, לתורם ולצדדים שלישיים שמסייעים לקרן במתן הסיוע, וזאת למטרת הענקת הסיוע, יצירת קשר עמי, וכן לצורך מילוי התחייבותי על פי כל דין. מוסכם עליי כי העברת המידע כאמור לגורמים המורשים כמפורט לעיל, אשר למען הסר ספק כוללים גם את ספק השירות הנבחר ע"י הקרן, לא תהווה הפרה של כתב הצהרה זה.
6. יובהר כי מילוי טופס, חתימה עליו ושליחתו למשרדי הקרן אינם מבטיחים את קבלת השירות בשום צורה.
7. 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.
8. 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.
9. אני מאשר כי לא מוטלות עליי סנקציות כלשהן ע"י ממשלת ארה"ב, האיחוד האירופי או כל מדינה אחרת (לרבות האו"ם).

ובאתי בזאת על החתום:

שם המבקש: _____ חתימת המבקש: _____ תאריך: _____