



הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.)

The Foundation for the Benefit of Holocaust victims in Israel

תאריך: _____

"רואים טוב" – פרויקט משקפי ראייה לניצולי שואה בשיתוף רשת סופר-פארם

הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל ורשת סופר פארם מפעילות מיזם למתן משקפי ראייה ללא עלות לניצולי שואה נזקקים.

• קבלת הסיוע בפרויקט מותנית בעמידה בקריטריונים הבאים:

1. יש למלא ולחתום על טופס הבקשה המצורף בעברית.
 2. צירוף אישור ניצולות שהונפק ע"י גוף פורמאלי (ניצולי שואה שקיבלו סיוע מהקרן בעבר אינם נדרשים לצרף אישור זה).
 3. הכנסותיו החודשיות של מגיש הבקשה אינן עולות על 9,203.08 ₪ ברוטו לחודש (לא כולל רנטות ותגמולים).
- הגשת הבקשה אינה מבטיחה קבלת ואוצ'ר (שובר למשקפיים) - מספר השוברים לחלוקה מוגבל.
 - במידה והבקשה תאושר, יישלח שובר למימוש ההטבה.
 - ניתן לקבל אך ורק את סוג המשקפיים המופיע בשובר.
 - ניתן לממש את ההטבה רק בסניף של סופר-פארם המופיע על גבי השובר.
 - השובר הינו אישי ואינו ניתן להעברה לשום גורם אחר.
 - יובהר כי על הניצול יהיה להגיע פעמיים לסניף הסופר-פארם שכתובתו מופיע על גבי השובר. פעם אחת לבדיקת ראייה ולבחירת מסגרת ופעם שניה לשם התאמת המשקפיים וקבלתם.
 - סוג המשקפיים שיינתן במידה והבקשה תאושר יהיה זהה לסוג המשקפיים בו הניצול משתמש היום למעט מקרים רפואיים שמצריכים שינוי בסוג.

נא למלא הטפסים ולשלוח לקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל לכתובת:
ת.ד. 7197 ת"א, 64734.

לשאלות ניתן לפנות לטלפון 073-2670400 בימים א' עד ה' בין השעות 10:00-14:00.

בכבוד רב,

הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע"ר)



הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.)

The Foundation for the Benefit of Holocaust victims in Israel

טופס בקשה לשובר עבור משקפי ראייה – פרויקט "רואים טוב"

יש למלא בעברית ובכתב ברור	פרטים אישיים
	מספר תעודת זהות
	שם משפחה
	שם פרטי
	תאריך לידה
נשוי/אלמן/גרש/רווק/אחר _____	מצב משפחתי (הקף בעיגול)
זכר / נקבה	מין (הקף בעיגול)
	ארץ לידה
	עיר
	רחוב
	מספר בית
	מיקוד
טלפון:	דרכי התקשרות של הפונה
נייד:	
בטוח לאומי:	הכנסות חודשיות (אין צורך למלא סעיף זה אם קיבלת בעבר מענק כספי מהקרן לרווחה לנפגעי שואה במהלך 5 השנים האחרונות)
פנסיה (כולל פנסיה מחו"ל):	
מקור אחר:	

*יש לצרף אישור ניצולות שהונפק ע"י גוף פורמאלי (ניצולי שואה שקיבלו סיוע מהקרן בעבר אינם נדרשים לצרף אישור זה).

<input type="checkbox"/> רחוק	באיזה סוג משקפיים אתה משתמש היום? (סמן את המשבצות/ות)
<input type="checkbox"/> קרוב	
<input type="checkbox"/> מולטי פוקאל	
<input type="checkbox"/> בי פוקאל	



הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.)

The Foundation for the Benefit of Holocaust victims in Israel

הצהרה

בחתימתי זו הנני מצהיר כדלקמן:

1. אני מסמיך את הקרן לרווחה לנפגעי 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. ידוע לי כי, באם תאושר בקשתי, פרטי האישיים, אותם העברתי לקרן, יועברו לחברה נותנת השירות.
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 לבדיקות הראיה/ משקפי הראיה/ עדשות / אביזרי הראיה הינה של רשת סופר פארם ולא של הקרן.
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 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.

ובאתי בזאת על החתום:

שם המבקש: _____ חתימת המבקש: _____ תאריך: _____

נא למלא ולחתום על הטופס, לצרף אישור ניצולות, ולהחזירו לכתובת או לפקס הכתובים מטה.

לשימוש המשרד - למילוי ע"י נציג הקרן בלבד:

המלצת הפקיד הממונה/עו"ס: _____