



# הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.)

## The Foundation for the Benefit of Holocaust victims in Israel

במימון ועידת התביעות ומדינת ישראל באמצעות הרשות לזכויות ניצולי השואה

### הנחיות להגשת בקשה לתוספת 9 שעות סיעוד

(מעודכן למאי 2016)

### **תוספת שעות סיעוד במימון הקרן ניתנת באמצעות חברת סיעוד בלבד (לא גמלה בכסף)**

### **מי זכאי לקבל סיעוד?**

1. מי שחיו תחת הכיבוש הנאצי בתקופת מלחמת העולם השנייה ושעברו את התקופה בגטאות, מחנות ריכוז או במסתור, תוך סיכון חיים או שחיו בארצות שהיו גרורותיה של גרמניה הנאצית כגון: רומניה, בולגריה, צרפת, איטליה, לוב טוניס והונגריה וסבלו מרדיפות הנאצים. וכן מי שברחו מגרמניה אחרי 1933, מאוסטריה אחרי 1938, ומיתר הארצות הכבושות אחרי פרוץ המלחמה והכיבוש עד ליום 8.5.1945.

2. נפגע השואה, סיעודי, תלוי לחלוטין בעזרת הזולת בכל פעולות היומיום והוגדר:

2.1. ע"י המוסד לביטוח לאומי כזכאי לגמלת סיעוד כשירותים באמצעות ספקי סיעוד בשיעור 150% או

168%

2.2. זכאי לקצבת שר"מ בהיקף 105% או 175%, או מקבלי שעות "עזרה לזולת" מטעם משרד הביטחון

בהיקף 66 שעות חודשיות לפחות. (יש למלא בנוסף את נספח א' לטופס הבקשה – הצהרת הכנסות)

3. תכנית הסיעוד עבור ניצולי הנאצים נתמכת על ידי ועידת התביעות, בהשגחתו של בית המשפט של ארה"ב בצו חוק נכסי ניצולי שואה ו/או במימון מדינת ישראל באמצעות הרשות לזכויות ניצולי השואה – משרד האוצר.

### **כיצד מגישים את הבקשה לשעות סיעוד:**

4. יש למלא את טופס הבקשה לשעות סיעוד בעברית ובאנגלית ולהגישו לקרן חתום ע"י הפונה. במידה והפונה לא יכול לחתום, יחתום אפוטרופוס, במידה ויש, או בן משפחה.

### **5. חובה לצרף את המסמכים הבאים:**

א. צילום קריא של תעודת הזהות.

ב. אישורים על הפיצויים שהנך מקבל בגין הקורות אותך בתקופת השואה – רנטה מ BEG או פיצויים מקרן סעיף 2 או תגמולים מהרשות לזכויות ניצולי שואה במשרד האוצר (נכי רדיפות), או פיצויים חד-פעמיים מוועידת התביעות. יש לציין מהו המקום בו היית עם פרוץ המלחמה, נא לפרט מקומות ותאריכים. במידה ואינך קיבלת פיצויים משום גוף המצוין לעיל, הנך מתבקש להגיש בקשה לקבלת תשלום חד פעמי מוועידת התביעות במסגרת קרן סיעוד. את אישור הגשת הבקשה לוועידת התביעות יש לצרף לבקשה זו.

ג. אישור ממוחשב וחתום מהמוסד לביטוח לאומי אשר כולל את שמך. הערה: אישור על הזמנת שירותי סיעוד של הועדה המקומית אינו מהווה אישור קביל, יש לציין את שם חברת הסיעוד, כתובתה ושם הסניף.

ד. יש לציין אם הינך ערירי (במידה ואין ילדים או במידה וכל הילדים מתגוררים בחו"ל)

ה. יש לציין האם בן/בת זוגך מקבל/ת מהקרן לרווחה לנפגעי השואה 9 שעות סיעוד שבועיות.

**יש להגיש הבקשה בדואר למשרדי הקרן בשלמות ובצירוף כל המסמכים הדרושים.**



הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.)  
**The Foundation for the Benefit of Holocaust victims in Israel**  
במימון ועידת התביעות ומדינת ישראל באמצעות הרשות לזכויות ניצולי השואה

לידיעתך הליך הגשת הבקשה לקרן הוא בחינם ואינו כרוך בתשלום כלשהו.

**טופס בקשה לתוספת 9 שעות סיעוד**

1. יש למלא את פרטים בעברית ואנגלית - יש לצרף צילום ת.ז.

באנגלית	בעברית	
_____		מספר תעודת זהות ( 9 ספרות כולל ספרת ביקורת)
		שם פרטי:
		שם משפחה:
		שם אמצעי (במידה ויש):
		שם פרטי קודם (במידה ויש):
		שם משפחה קודם כולל שם נעורים (במידה ויש):
		מקום לידה (יש לפרט עיר/עיירה וארץ)
		תאריך לידה
_____		תאריך הגירה ממרכז/מזרח אירופה או מברית המועצות לשעבר
_____		תאריך עלייה לישראל
		מצב משפחתי
_____		מס' ילדים
		נא לציין במידה ואין ילדים או שכל הילדים מתגוררים בחו"ל (עירי)
		כתובת עדכנית
		עיר
		רחוב
		מספר בית
		מיקוד
	@	כתובת דוא"ל של הפונה/ איש הקשר
_____		מס' טלפון
_____		שם וטלפון איש קשר
CITY:	עיר:	היכן שהית בשנים 1939-1945 (עיר +תאריך).
DATE:	תאריך:	פרטי הנרדפות- קו"ח:
TYPE:	סוג:	סוג ( גטו , בריחה, מחנה, מסתור וכו)
PLACE:	מקום:	מקום (אושויץ, ברגן בלזן, גטו בודפשט, טרזינשטט וכו' ).
DATE:	תאריך:	תאריך :

יש להקיף בעיגול: א. גר לבד ב. עם בן משפחה ג. עם עובד זר ד. דיור מוגן  
יש להקיף בעיגול: בן/ בת זוגי מקבל/ת מהקרן שעות סיעוד שבועיות כן/ לא.  
יש להקיף בעיגול: אם מעסיק עובד ישראלי / עובד זר.

רחוב תובל 5 (בית צרפת) ת"א. מען למכתבים: ת.ד. 7197 ת"א, 67897

טל: 03-6090406 פקס: 03-6968294



# הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.)

## The Foundation for the Benefit of Holocaust victims in Israel

### במימון ועידת התביעות ומדינת ישראל באמצעות הרשות לזכויות ניצולי השואה

2. יש לצרף את אחד האישורים המעיד על היותך זכאי לעזרה סיעודית: גמלת סיעוד כשירותים באמצעות ספקי סיעוד בגובה 150% או 168%, קצבת שר"מ בהיקף 105% או 175%, שעות "עזרה לזולת" מטעם משרד הביטחון בהיקף 66 שעות חודשיות לפחות. צירפתי לבקשתי זו אישור מסוג: \_\_\_\_\_

במידה והאישור הוא זמני, נא לפרט: האישור בתוקף עד: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
נא לציין שם וכתובת של חברת הסיעוד מוכרת על ידי המוסד לביטוח לאומי \_\_\_\_\_

הסיוע לתוספת של 9 שעות הסיעוד יחל לאחר אישור בקשה תקינה בקרן והפקת ההתחייבות לספק השרות ולא על פי תאריך תחילת הזכאות של ביטוח לאומי.

3. א. חובה לצרף אחד מהאישורים שלהלן המעיד על היותך ניצול/ת שואה: רנטה מ-BEG או פיצויים מקרן סעיף 2, או תגמולים מהרשות לזכויות ניצולי שואה במשרד האוצר (נכי רדיפות), או פיצויים חד-פעמיים מוועידת התביעות. במידה ואינך קיבלת פיצויים משום גוף המצוין לעיל, הנך מתבקש להגיש בקשה לקבלת תשלום חד פעמי מוועידת התביעות במסגרת קרן סיוע. את אישור הגשת הבקשה לוועידת התביעות, יש לצרף לבקשה זו.

צירפתי לבקשתי זו אישור מסוג: \_\_\_\_\_

ניתן לקבל מידע וסיוע באמצעות - ועידת התביעות בטלפון: 03-5194401	מס' תיק:	קרן סעיף 2	<input type="checkbox"/>
	מס' תיק:	חוק קצבת הגטאות	<input type="checkbox"/>
	מס' תיק:	קרן הסיוע (פיצוי חד פעמי)	<input type="checkbox"/>
	מס' תיק:	הקרן לעובדי כפייה	<input type="checkbox"/>
טלפון מרכזי - 03-6234100 פרטים במחלקת מידע	מס' תיק:	רנטה מרשויות הפיצויים הגרמניות - BEG	<input type="checkbox"/>
מוקד הרשות לזכויות ניצולי השואה בטלפון: 03-5682651	מס' תיק:	הרשות לזכויות ניצולי השואה במשרד האוצר	<input type="checkbox"/>

3. ב. יש לציין את הרדיפות שסבלת מהן בזמן התקופה הנאצית. על ההצהרה לכלול שם מלא של הניצול, שמות קודמים מלאים (שם, שם משפחה, שם נעורים - במידת האפשר), תאריך לידה, מקום לידה (לפרט עיר/עיירה וארץ), תאריך הגירה ממרכז/ מזרח אירופה או מברית המועצות לשעבר, וכן פירוט על מקום, תאריך וסוג הרדיפה (יש לשים לב, במידה והפונה ברח או פונה במהלך המלחמה, יש לציין מהיכן באיזה חודש ושנה).

הנני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים.

שם הפונה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

שם \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ קרבה למטופל \_\_\_\_\_



# הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.)

## The Foundation for the Benefit of Holocaust victims in Israel

**במימון ועידת התביעות ומדינת ישראל באמצעות הרשות לזכויות ניצולי השואה**

### כתב הסכמה

ברשותנו מידע אישי מפורט אודותיך, אודות מצבך הכלכלי, מצב בריאותך ופרטים על רדיפות הנאצים שהיו מנת חלקך (להלן "הפרטים האישיים"). מידע זה, הוא חיוני, ונעשה בו שימוש, גם על מנת לקבוע את זכאותך לקבלת שירותים בהתאם להנחיות ועידת התביעות (להלן: "ועידת התביעות"), לצורך קיום מטרות הקרן לרווחה לניצולי שואה בישראל (להלן: "הקרן"), ולצורך שיתופי פעולה עם גורמים שונים במטרה לסייע לניצולי שואה.

### **איך נשתמש בפרטיך האישיים?**

הקרן תשתמש במידע שנמסר על ידך על מנת להעריך אם אתה זכאי לקבלת ההטבות על פי תכניות סיוע שונות ולצורך שיתוף מידע מול גופים שונים. כמו כן הקרן תמשיך בשמירת רישומים על השירותים וההטבות שתספק לך. נבהיר כי על פי חוקי הגנת הפרטיות חלה על הקרן חובה משפטית לנקוט בכל הצעדים לשמירת פרטי המידע האישי שלך באופן הבטוח ביותר על פי מיטב ידיעתנו ואמונתנו.

### **העברת פרטי המידע האישי לגורמים אחרים**

תנאי מוקדם למימון השירותים וההטבות שמקורם בתמיכת ועידת התביעות, הוא שגם הגורם המממן (כגון ממשלת גרמניה, הרשות לזכויות ניצולי השואה – מדינת ישראל) וגם ועידת התביעות יקבלו העתקים מהפרטים האישיים של מקבלי הסיוע, הקרן תהיה מחויבת להעביר העתקים של פרטיך האישיים לוועידת התביעות באופן ישיר או באמצעותה לגורמים המממנים. נבהיר כי גם על כל מי שיקבל מידע אודותיך חלה חובה משפטית להבטיח, על פי מיטב ידיעתם ואמונתם, שפרטיך האישיים יישמרו בצורה נאותה ולהשתמש בהם רק למטרת סיוע לך כולל אימות, בקרה ופיקוח על זכאותך להטבות הניתנות.

### **אימות חיצוני**

הקרן, ועידת התביעות (ונציגיה המוסמכים) יהיו זכאים לבדוק את פרטיך האישיים, המוחזקים על ידי מוסדות ממשלתיים, בתי משפט, ארכיונים ומוסדות בגרמניה ובכל מקום אחר ולהעביר את המידע לכל גורם אחר. על ידי חתימתך על כתב זה להלן, אתה מסמיך את הקרן לקבל את הפרטים האישיים ולהעבירם לגורמים שלישיים לצורך קיום מטרות הקרן ולצורך שיתופי פעולה שונים.

בנוסף, אתה מסמיך את ועידת התביעות, בין היתר, להתחייב לבצע את הבקרה הנ"ל.

### **מבלי לגרוע מהאמור בכתב ההסכמה דלעיל בחתימתי זו הנני מצהיר כדלקמן**

אני מסמיך אתכם לקבל ולתת מכל גוף ממשלתי, ציבורי, או פרטי בישראל או בחו"ל כל מידע בנוגע אלי ולבקשתי זו להכנסותיי, לרבות לקבל, לבדוק ולאמת כל מידע ממאגר מרשם האוכלוסין במשרד הפנים ומהמוסד לביטוח לאומי, כולל: שם פרטי ושם משפחה, סטאטוס ( נפטר ) ותאריך פטירה, כניסה למוסד, הפחתה בגובה גמלת הסיעוד, וכן: תאריך וארץ לידה, תאריך וארץ עליה, מצב משפחתי, ת.ז., כתובת ולאום. אני מוותר בזאת על זכויותיי לסודיות שיפגעו מהשימוש שיעשה במידע שיתקבל לצורך ההחלטה לגבי זכאותי לקבלת תוספת שעות סיעוד. ידוע לי שאם בקשתי תאושר, הפרטים אודותיי, יועברו לחברה/עמותה המספקת את שירותי הסיעוד. ידוע לי כי זכאותי לקבל תוספת שעות סיעוד במימון הקרן תלויה, בין היתר, בכך שלא קיבלתי ולא אקבל מענק ו/או החזר מכל גורם אחר בגין הוצאות אלה. לפיכך הריני להצהיר כי לא ביקשתי בעבר מכל גורם שהוא החזר עבור תוספת שעות סיעוד במימון הקרן בגין מתבצעת פנייתי זו לקרן וכי אין בכוונתי להגיש בקשה כאמור בעתיד אם פנייתי אליכם תיענה. אם אקבל בעתיד מכל גורם שהוא החזר בגין תוספת שעות סיעוד במימון הקרן, אני מתחייב להחזיר לקרן את סכום המענק/החזר שאקבל בעבור ההוצאות הנ"ל.

אני מאשר בזה שקראתי והבנתי את תוכן כתב ההסכמה וההצהרה דלעיל על כל פרטיהם והנני מסכים לאמור בו.

שם המטופל	תעודת זהות	חתימה	תאריך
שם	שם משפחה	תעודת זהות	קרבה למטופל

רחוב תובל 5 (בית צרפת) ת"א. מען למכתבים: ת.ד. 7197 ת"א, 67897

טל: 03-6090406 פקס: 03-6968294