



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

טופס בקשה לתוספת 9 שעות סיעוד שבועיות בבית הניצול

יש להגיש הבקשה בשלמות ובצירוף כל המסמכים הדרושים, באחת מהדרכים הבאות:

בפקס: 03-6968294

בדואר אלקטרוני: info@k-shoa.org

בדואר: עבור 'הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל' רח' המלאכה 3,

ת.ד. 7197, תל-אביב. מיקוד 6721503

(על הטופס רשאים לחתום הפונה או אפוטרופוס בתוספת אישור אפוטרופוס).

חובה לצרף את המסמכים הבאים:

1. אחד מהאישורים הבאים המעידים על היותך מוכר כניצול שואה ע"י אחד הגופים הרשמיים -
 - אישור לקבלת תגמולים (נכי רדיפות)/ מענק שנתי מהרשות לזכויות ניצולי שואה במשרד האוצר.
 - אישור לקבלת רנטה/ פיצוי חד פעמי מוועידת התביעות.
 - אישור לרנטה מה- BEG (בכפוף לאישור הגורמים המממנים).
 2. אחד מהאישורים הבאים המעידים על זכאותך האישית לעזרה סיעודית:
 - אישור מהמוסד לביטוח לאומי, **עדכני** וממוחשב על זכאות לגמלת סיעוד כשירותים באמצעות ספקי סיעוד בגובה של 150% או 168% בפועל.
 - אישור שר"מ עדכני המעיד על זכאות בהיקף של 105% ומעלה והצהרת הכנסות (נספח א' באתר הקרן).
 - שעות "עזרה לזולת" מטעם משרד הביטחון בהיקף 66 שעות חודשיות ומעלה והצהרת הכנסות (נספח א' באתר הקרן).
 3. פונים המקבלים מהמוסד לביטוח לאומי את חוק הסיעוד באמצעות גמלה בכסף:
 - לקבלת התשלום יש לפנות לוועידת התביעות ישירות בטלפון: 03-5194401
 - ** למעט יוצאי עיראק ואלג'יר שעליהם לפנות לקרן בעזרת טופס זה ועליהם לצרף:
 - אישור מביטוח לאומי המעיד על זכאות לגמלה בכסף
 - אישור פרטי חשבון בנק על שם הפונה (צילום צ'ק או תדפיס עו"ש).
- לסיוע בקבלת אישורי הכרה בניצולות ניתן לפנות ל:**

הרשות לזכויות ניצולי השואה 03-5682651
ועידת התביעות 03-5194401
רשות הפיצויים הגרמנית ה-BEG 03-6234100

הסיוע לתוספת של 9 שעות הסיעוד יחל מיום אישור הבקשה ע"י הקרן.



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

(כולל ספרת ביקורת)
 (חובה לצרף צילום ת.ז קריא)

מספר זהות _____

אנגלית	עברית		
		שם משפחה	פרטים אישיים
		שם פרטי	
		ארץ לידה	
	_____ / _____ / _____ שנה / חודש / יום	תאריך לידה	
	רווק/ה / נשוי/אה / גרוש/ה / אלמן/ה (הקף את הרלוונטי)	מצב משפחתי	
	מס' ילדים _____ האם יש ילדים שגרים בישראל? כן / לא		
	ישוב _____ רחוב _____		פרטי מגורים
	מס' בית _____ מס' דירה _____ מיקוד _____ ת.ז. _____ ** לתשומת ליבך - השירות ניתן אך ורק בבית או בדיוור מוגן לעצמאיים.		
	טל' בבית _____ נייד _____		
	יש לי מטפל סיעודי ישראלי / זר (הקף את הרלוונטי)		סיוע סיעודי
	שם ספק הסיעוד _____ עיר הסניף _____		
	שם מלא _____ סוג קירבה _____		איש קשר
	טלפון _____ / _____		

שם הפונה _____ ת.ז. _____ חתימה _____ תאריך _____

במידה וממלא ע"י אפוטרופוס, חובה לצרף צילום אישור אפוטרופסות:

שם האפוטרופוס _____ ת.ז. האפוטרופוס _____ חתימה _____ תאריך _____