



# הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.) The Foundation for the Benefit of Holocaust Victims in Israel

## דף הסבר למילוי בקשה למענק אישי (החזר כספי)

(מעודכן לאפריל 2013)

1. מענק אישי (החזר כספי) מיועד לניצולי שואה העומדים בהתניות הר"מ:

- א. חיו 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 כמו רומניה, צרפת, לוב, טוניס, איטליה והונגריה וסבלו מרדיפות הנאצים. וכן, מי שברחו משטח הכיבוש: מגרמניה אחרי 1933, מאוסטריה אחרי 1938, ומיתר הארצות אחרי פרוץ המלחמה והכיבוש עד ליום 8.5.1945.
- ב. עברו לפחות 24 חודשים מיום הגשת הבקשה האחרונה לקרן.
- ג. הכנסותיו החודשיות של מגיש הבקשה אינן עולות על 8,392 ₪ ברוטו לחודש (כולל רנטה ופנסיה מחו"ל) – הגדרת נזק-נצרך לפי האוצר נכון ל- 1.10.2012.

2. מענק אישי (החזר כספי) ניתן כנגד קבלות מקור בלבד מהשנתיים האחרונות.

סה"כ המענק המרבי להחזר – הוא עד 4000 ש"ח

3. מטרות עבורן ניתן לקבל מענק אישי (החזר כספי):

- א. רכישת מכשיר שמיעה- יש לצרף הוכחה כי מוצו זכויותיו של הפונה במסגרת סל הבריאות באמצעות קופות החולים.
- ב. טיפולי שיניים. ( לא יתקבלו העתקי קבלות עבור טיפולי שיניים שנעשו בקופות חולים ומרפאות פרטיות)
- ג. רכישת משקפי ראייה- (ניתן לקבל החזר בגין זוג משקפיים מסוג מולטיפוקל אחד, או משקף לרחוק ומשקף לקרוב). קבלות מאופטיקה הלפרין חובה לשלוח כולל ספח קופה.
- ד. נעליים ארטופדיות- (ניתן לקבל החזר בגין זוג נעליים ארטופדיות אחד בלבד לכל שנה. יש לצרף אישור ספק כי הרכישה בוצעה בגין נעליים ארטופדיות).
- ה. רכישת ציוד רפואי/שיקומי (כולל מוצרי ספיגה) - קבלות לציוד רפואי ושיקומי אשר נרכש עבור הפונה ואינן על שמו, יש לצרף המלצה רפואית או סיכום רפואי המעיד על כך שאין באפשרות הפונה לרכוש את המוצר בעצמו והצהרת הרוכש המעידה כי הרכישה הינה עבור מגיש הבקשה.
- ו. עזרים ארטופדיים (כולל תיקון ציוד רפואי וחלקי חילוף).
- ז. טיפול רפואי: החזר בגין השתתפות עצמית בטיפולים רפואיים, טיפולים אלטרנטיביים בקופת חולים, לא כולל תרופות וזריקות.
- ח. החזר בגין דמי מנוי לחברה המעניקה שירותי משדר קרדיאלי (בהמלצת רופא מקופת חולים).
- ט. נסיעות לטיפולים חוזרים לחולים אונקולוגים ודיאליזה בלבד (יש לצרף אישור רפואי ואישור על גובה ההחזר מקופת החולים).
- י. תשלומים עתידיים החורגים משנת הכספים הנוכחית (2013) לא יאושרו.

4. הגשת בקשה למענק אישי (החזר כספי) אינה מהווה כל התחייבות מצד הקרן למתן החזר מלא או חלקי.

לתשומת ליבכם:

- לא ניתן לקבל החזרים בגין רכישת תרופות.
- ביצוע התשלום להחזרים מותנה בהעברת הכספים מהאוצר לקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל.
- האפיק יפתח מאפריל 2013 לפרק זמן מוגבל, כנראה עד סוף אוגוסט 2013

לפריטים נוספים ועדכונים יש להיכנס לאתר הקרן [www.k-shoa.org](http://www.k-shoa.org)



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

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

### כיצד להגיש בקשה

1. סיוע והדרכה למילוי טפסי הבקשה ניתן לקבל חינם במשרדי הקרן.
2. את הבקשה יש לשלוח למשרדי הקרן בת"א בדואר או למסור בקבלת קהל במשרדי הקרן:

המשרד הראשי: רחוב תובל 5, ת"א. מען למכתבים: ת.ד. 7197 ת"א, 67897

• טל: 03-6090866 פקס: 03-6968294

• שעות קבלת קהל: ימים א' עד ה': 8:00 – 14:00

• מענה טלפוני במרכז מידע: ימים א' עד ה': 8:00 – 16:00

• אתר האינטרנט: [www.k-shoa.org](http://www.k-shoa.org), דוא"ל של פניות הציבור: [info@k-shoa.org](mailto:info@k-shoa.org)

נציגות חיפה: שדרות פל-ים 7-9 (בית צים) קומה 3, חדר 319 חיפה.

• טלפון: 04-8221250 פקס: 04-8221832

• שעות קבלת קהל ומענה טלפוני: ימים א' עד ד': 08:00-13:00

יום ה': 13:00-18:00

נציגות באר-שבע: רח' יצחק רגר 28 (בניין רסקו ישן), קומה 2 חדר 333, באר שבע

• טלפון: 08-6283363 פקס: 08-6283364

• שעות קבלת קהל ומענה טלפוני: ימים א' עד ה': 8:00 – 15:00

3. יש למלא את טופס הבקשה בעברית ולחתום עליו, חובה לצרף את המסמכים הבאים:
  - א. צילום קריא של תעודת הזהות בצירוף ספח.
  - ב. כאשר מדובר בבקשה ראשונה לקרן יש לצרף מסמכים המעידים על ניצולות - לדוגמא: קבלת רנטה מגרמניה, אוסטריה או מקרן סעיף 2, תגמולים מהרשות לזכויות ניצולי השואה של משרד האוצר (נכי רדיפות), פיצויים חד-פעמיים מוועידת התביעות. יש לפרט בנוסף גם תיאור קצר על מקום הימצאותך בתקופת השואה.
  - ג. אישור על פרטי חשבון הבנק של הפונה לצורך ביצוע תשלום באמצעות העברה בנקאית (מתקבל אישור חתום על-ידי הבנק או דף חשבון ובו שם מגיש הבקשה או צילום צ'ק או מסמך אחר המעיד על הפרטים הנכונים של חשבון הבנק).
  - ד. אישורים לגבי הכנסות הפונה (תגמולים מהאוצר, רנטה, ביטוח לאומי, משכורת, פנסיה, פנסיה מחו"ל וכו').
  - ה. תדפיס עו"ש של הבנק מ-3 חודשים אחרונים.
  - ו. קבלות מקוריות בלבד על שם מגיש הבקשה מהשנתיים האחרונות בגין ההוצאות עבור נדרש מענק אישי (החזר כספי).
  - ז. אישור רפואי עבור חולה אונקולוגי / אלצהיימר בלבד (מסמכים נוספים במידת הצורך).

4. הבקשה תטופל רק ממועד הגעתה למשרדי הקרן בשלמות ובצירוף כל המסמכים הדרושים.

5. ועדה ציבורית של הקרן, המורכבת מרוב של ניצולי שואה, בודקת כל בקשה ומחליטה האם לאשרה (במלואה או בחלקה) או לדחותה.

6. התקציב המוגבל של הקרן אינו מאפשר היענות לכל הפניות ולא תמיד מאפשר לקרן תשלום במסגרת הזמן המצופה.



# הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.) The Foundation for the Benefit of Holocaust Victims in Israel

## טופס בקשה לקבלת מענק אישי (החזר כספי) - אפריל 2013

טופס זה כולל 2 עמודים ומצורף לו דף הסבר למילוי הטופס. בעמוד הראשון יש למלא את כל הסעיפים (א' עד ה').  
העמוד השני **חייב להיות חתום ע"י מגיש הבקשה**. הגשת טופס זה לקרן הינה חנינם ואין לשלם עבורו !!!

**א. פרטי המבקש (חובה לצרף צילום תעודת זהות + ספח של מגיש הבקשה)**

מספר ת.ז. \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מס' טלפון \_\_\_\_\_

עיר \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מס' בית \_\_\_\_\_ מס' דירה \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

ארץ לידה \_\_\_\_\_ שנת לידה \_\_\_\_\_ ארץ עליה \_\_\_\_\_ תאריך עליה \_\_\_\_\_

כתובת דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_

שם נעורים: \_\_\_\_\_ . מין: זכר / נקבה. מצב משפחתי רווקה / נשוי/ה / גרושה / אלמן/ה מס ילדים \_\_\_\_\_

נא לציין אם אין ילדים או שכל הילדים מתגוררים בחו"ל (עריריות): \_\_\_\_\_ (לפרט)

האם היית מעוניין בביקורים של מתנדבים מטעם הקרן כן / לא

**ב. הכנסות (יש לצרף דפי עו"ש של 3 חודשים אחרונים ותלושים של הכנסות: רנטה, תגמולים, ביטוח לאומי, פנסיה ופנסיה מחו"ל)**

תגמולים ממשרד האוצר \_\_\_\_\_ שם רנטה \_\_\_\_\_ שם פנסיה (כולל מחו"ל) \_\_\_\_\_ שם

ביטוח לאומי \_\_\_\_\_ שם קרן סעיף 2 \_\_\_\_\_ שם מקור אחר \_\_\_\_\_ שם

**ג. פרטים על מקום הימצאותך בתקופת השואה (במידה וזוהי בקשה ראשונה, יש לצרף מסמכים המעידים על ניצולות, כגון: פיצוי חד פעמי/אישור מהצלב האדום/ אישור מהבנק על קבלת רנטה/תלוש תגמולים ממשרד האוצר)**

מקום הימצאותך עם פרוץ המלחמה: ארץ \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ אזור \_\_\_\_\_

מקום הימצאותך בזמן המלחמה: מחנה/גטו \_\_\_\_\_ ארץ \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_

פירוט: \_\_\_\_\_

**ד. פרטי איש קשר/קרוב משפחה /אפוטרופוס (ימלא במידת הצורך)**

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ הקרבה למבקש \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ מס' טלפון \_\_\_\_\_ מס' טלפון נייד \_\_\_\_\_

**ה. פרטים להעברת המענק (יש לצרף אישור מהבנק כי חשבון זה שייך לפונה או דף עו"ש עם פרטים מזהים של הפונה או צילום שיק מבוטל על שמו של הפונה)**

אבקש להעביר את סכום המענק לחשבון מספר \_\_\_\_\_ בבנק \_\_\_\_\_ קוד בנק \_\_\_\_\_

בסניף \_\_\_\_\_ קוד סניף \_\_\_\_\_ על שם \_\_\_\_\_



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

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

1. מטרת המענק (יש לצרף קבלות מקור מהשנה הנוכחית ו/או הקודמת בלבד על שם המבקש בלבד. לא ניתן לקבל העתקים ו/או קבלות נאמן למקור ו/או חשבונית מס):

1. רכישת מכשירי שמיעה - (בצירוף הוכחה כי מוצו זכויותיו של הפונה במסגרת סל הבריאות באמצעות קופות החולים). \_\_\_\_\_ ש"ח
2. טיפולי שיניים \_\_\_\_\_ ש"ח
3. רכישת משקפי ראייה (כמפורט בסעיף 3 ג' בדף ההסבר) \_\_\_\_\_ ש"ח
4. טיפול רפואי (כמפורט בסעיף 3 ז' בדף ההסבר) \_\_\_\_\_ ש"ח
5. רכישת ציוד רפואי שיקומי, כולל מוצרי ספיגה (כמפורט בסעיף 3 ד' בדף ההסבר) \_\_\_\_\_ ש"ח
6. עזרים אורטופדיים \_\_\_\_\_ ש"ח
7. ביקור במוקד לילי \_\_\_\_\_ ש"ח
8. החזר בגין דמי מנוי לחברה המעניקה שירותי קרדיו ביפר (יש צורך בהמלצת רופא) \_\_\_\_\_ ש"ח
9. נסיעות לטיפולים (עבור חולים אונקולוגיים ודיאליזה בלבד, בצירוף אישור רפואי) \_\_\_\_\_ ש"ח

\* בקשה להחזר כספי, תשולם לפי סך הקבלות התקינות בבקשה ( גם אם מדובר בסכום נמוך), וניתן יהיה להגיש בקשה חדשה כעבור שנתיים מתאריך הגשת הבקשה הנוכחית.

### הצהרה, בחתימתי זו הנני מצהיר כדלקמן:

1. אני מסמיך אתכם לקבל ולתת כל מידע אישי מכל גוף ממשלתי, ציבורי, או פרטי בישראל או בחו"ל לרבות לקבל, לבדוק ולאמת כל מידע ממאגר מרשם האוכלוסין במשרד הפנים והמוסד לביטוח לאומי, כולל: שם פרטי ושם משפחה, סטאטוס (נפטר) ותאריך פטירה, כניסה למוסד, וכן: תאריך וארץ לידה, תאריך וארץ עליה, מצב משפחתי, ת.ז., כתובת ולאום. הפונה מוותר בזאת על זכותו לסודיות במידה ותיפגע מהשימוש במידע שיתקבל לצורך הסיוע.
2. הנני מצהיר שהפרטים הנ"ל נכונים ומלאים, ידוע לי כי מסירת הצהרת כוזבת ו/או לא מלאה תגרום לביטול זכויותי לסיוע מהקרן לאלתר. הנני מצהיר כי לאור מצבי הכלכלי הסוציאלי הנני נזקק לסיוע המבוקש.
3. ידוע לי כי זכויותי לקבל את המענק עבור ההוצאות בגינן מבוצעת פנייתי זו לקרן 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 ההוצאות בגינן מתבצעת פנייתי זו לקרן, כי לא קיבלתי החזר כזה בעבר וכי אין בכוונתי להגיש בקשה כאמור בעתיד אם פנייתי אליכם תיענה. אם אקבל בעתיד מכל גורם שהוא החזר בגין הוצאות אלה, אני מתחייב להחזיר לקרן את סכום המענק/ההחזר שאקבל בעבור ההוצאות הנ"ל.
4. ידוע לי כי המענק המבוקש ניתן על ידי הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל ובהתאם להנחיות אשר סוכמו בין הקרן לבין הגופים המממנים. במידה ויקבע כי אינני זכאי לקבל את המענק לא תהיה לי כל תביעה כנגד אדם או גוף כלשהו. וכן ידוע לי כי בשל מגבלות תקציב הקרן אינה יכולה להיענות לכל הבקשות וקבלת טופס זה לא תהווה התחייבות כלשהי מצד הקרן לאישור או תשלום או וגובהו המענק/סיוע. הקרן שומרת לעצמה את הזכות להעביר את הבקשה לשנת הכספים הבאה.
5. מילוי טופס זה והליך הגשת הבקשה לקרן **הוא חינם** ואינו כרוך בכל תשלום שהוא לשום גורם.
6. ייתכנו שינויים ועדכונים, יש לעקוב אחר פרסומים באתר הקרן [www.k-shoa.org](http://www.k-shoa.org)

**ובאתי בזאת על החתום בתאריך: \_\_\_\_\_ שם: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_**

**לשימוש משרדי בלבד**

סך הכנסות המבקש: \_\_\_\_\_ סה"כ לתשלום \_\_\_\_\_ עבור: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

בדקתי את הבקשה והמסמכים המצורפים ומצאתי אותם תואמים את הקריטריונים והדרישות של הקרן

המלצה לסירוב: \_\_\_\_\_

המלצה למייד מסיבה: \_\_\_\_\_

הזכאות לקבלת מענק נקבעה על סמך: \_\_\_\_\_

שם: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

החלטת הועדה הציבורית מתאריך: \_\_\_\_\_

מאושר מענק על סך \_\_\_\_\_ ש"ח עבור: \_\_\_\_\_

הבקשה נדחת: \_\_\_\_\_

יו"ר הועדה \_\_\_\_\_ חבר ועדה \_\_\_\_\_ חבר ועדה \_\_\_\_\_



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

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

**ניתן להגיש בקשה באמצעות ארגונים הבאים\*:**

שם הארגון	כתובת	מייל	טלפון
שרות יעוץ לאזרח	לקבלת סיוע במילוי טפסים בסניף הקרוב לביתך, יש לפנות למרכז מידע ארצי		1800-506-060
התאחדות יוצאי הונגריה	מנחם בגין 48/903 ת"א 66180	<a href="mailto:olehungaria@gmail.com">olehungaria@gmail.com</a>	03-6916115 03-6917121
הארגון הארצי של אסירי הנאצים לשעבר	שן 5 ירושלים 94267	<a href="mailto:wieselmordechai@walla.com">wieselmordechai@walla.com</a>	02-6255131 02-5660340
התאחדות יוצאי לוב	רח' הדדי 4 אור יהודה	<a href="mailto:luv@bezeqint.net">luv@bezeqint.net</a>	03-5336272
אחוד עולי בולגריה	שד' ירושלים 63 ב' תל אביב 68180	<a href="mailto:olebulgaria@gmail.com">olebulgaria@gmail.com</a>	03-6810113, 03-5229155/6
התאחדות עולי יוגוסלביה לשעבר	אלנבי 108 תל אביב 61026	<a href="mailto:hitahdut@gmail.com">hitahdut@gmail.com</a>	050-3556841/2
אגודת חזית הכבוד	רח' צביה ויצחק 16/4 ירושלים.	<a href="mailto:avrum31@012.net.il">avrum31@012.net.il</a>	054-7503449
איגוד יוצאי ליטא	שד' דוד המלך 1 תל אביב 64953	<a href="mailto:litjews@bezeqint.net">litjews@bezeqint.net</a>	03-6964812
עמותה למורשת יהדות תוניסיה	מקדונלד 26, נתניה		09-8348999
ארגון הפרטיזנים לוחמי מחתרות והגטאות	ארלוזורוב 102 תל אביב 62097	<a href="mailto:partizani@bezeqint.net">partizani@bezeqint.net</a>	03-5270231
ארגון "עמך"	רח' לוחמי הגטאות 18, קומה ג', נהריה 22447	<a href="mailto:Amcha_naharya@amcha.org">Amcha_naharya@amcha.org</a>	04-6665566
	רח' יוני נתניהו 8, קריית מוצקין	<a href="mailto:Amcha_motzkin@amcha.org">Amcha_motzkin@amcha.org</a>	04-8766967
	שד' הנשיא 95, חיפה 34642	<a href="mailto:Amcha_haifa@amcha.org">Amcha_haifa@amcha.org</a>	04-8375649
	רח' סמילנסקי 4, נתניה 42431	<a href="mailto:Amcha_netanya@amcha.org">Amcha_netanya@amcha.org</a>	09-8341670
	רח' ההסתדרות 19, פתח-תקווה	<a href="mailto:Amcha_petah_tikva@amcha.org">Amcha_petah_tikva@amcha.org</a>	03-9300577
	רח' מזא"ה 58, תל-אביב 65789	<a href="mailto:Amcha_tel_aviv@amcha.org">Amcha_tel_aviv@amcha.org</a>	03-5665701/4
	רח' הרצל 44, רמת-גן 52452	<a href="mailto:Amcha_ramat_gan@amcha.org">Amcha_ramat_gan@amcha.org</a>	03-6130425
	רח' הרצוג 14, חולון 58343	<a href="mailto:Amcha_holon@amcha.org">Amcha_holon@amcha.org</a>	03-5584054
	רח' הלל 23, ירושלים 94581	<a href="mailto:Amcha_jerusalem@amcha.org">Amcha_jerusalem@amcha.org</a>	02-6250745
	רח' ז'בוטינסקי 16, ראשל"צ	<a href="mailto:Amcha_rishon@amcha.org">Amcha_rishon@amcha.org</a>	03-6225301
	רח' הרצל 143, רחובות 76266	<a href="mailto:Amcha_rehovot@amcha.org">Amcha_rehovot@amcha.org</a>	08-9467293
	יהנסבורג 25, אפרזר, אשקלון	<a href="mailto:Amcha_ashkelon@amcha.org">Amcha_ashkelon@amcha.org</a>	08-6847328/9
	רח' הרצל 91, באר-שבע 84220	<a href="mailto:Amcha_beer_sheva@amcha.org">Amcha_beer_sheva@amcha.org</a>	08-6270224
התאחדות עולי הונגריה	רח' המלך גורג' 41, ירושלים	<a href="mailto:hungary@bezeqint.net">hungary@bezeqint.net</a>	02-6247544
		<a href="mailto:esther7@netvision.net.il">esther7@netvision.net.il</a>	
ארגון יוצאי אירופה	רמב"ם 15, תל אביב	<a href="mailto:orna@irgun-jeckes.org">orna@irgun-jeckes.org</a>	03-5164461
ארגון נכים נפגעי הנאצים	ז'בוטינסקי 138, רמת גן	קבלת קהל: ימי א'-ה' מ 08:00 עד- 14:00	03-6134971
עמותת "שיל"	בן יוסף 11, רמת גן	<a href="mailto:ou1600shil1@gmail.com">ou1600shil1@gmail.com</a>	03-6738273 /4
התאחדות עולי רומניה	נורדאו 10, חיפה	<a href="mailto:HOR.HAIFA@GMAIL.COM">HOR.HAIFA@GMAIL.COM</a>	04-8645082/4

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

טל: 03-6090866 פקס: 03-6968294



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

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

### עמותת "ידיד"

טלפון	שעות קבלת קהל	סניף
08-6875238	א- 8:30-14:00	אבן שמואל בנין המועצה אבן שמואל
08-6849943	ב- 9:00-12:00 ג 9:00-14:00	נהורה ד.ג לכיש דרום 79340 נהורה
08-8525568	א', ב' 9:00-16:00 ד' 9:00-13:00 16:00-18:00	אשדוד רח' עקיבא 13 אשדוד (במקבץ דויר- עמיגור)
04-6860474	א-ה מ-8:30 עד 13:30 ד' מ-8:30 ועד 15:30 כל הפגישות בתאום מראש בטל: 046860474 או 046802382	חצור מרכז מסחרי מול קופ"ח מכבי
02-6233282	א- 9:00-13:00 ב- 13:30-17:30 ה- 9:00-13:00	ירושלים רח' פייר קניג 28 תלפיות
054-6620777	א- 9:00-12:00	כרמיאל
	ב- 9:00-12:00	חיפה
	ג' 9:00-12:00	סחנין
	ד' 9:00-12:00	נצרת עלית
03-9130337	א- 9.30-13.30 , 15.00-17.00 ג- 9.30-14.00 ה- 9.30-13.30	פתח תקווה בר כוכבא 40
04-6999288	א'-8:30-15:30 ב'-8:30-15:30 ג'-8:30-15:30 ד'-8:30-18:00 ה'-8:30-14:00	צפת ויצמן 10 מרכז דובק
08-6885565	א, ב, ד, ה, 9:00-15:00	קרית גת משעול פז 6 קרית גת
08-8585775	א' עד ד' 8:30 - 16:00	קרית מלאכי בית נעמת-רח' משה שרת 110
03-6885126/7	א' 9.30 עד 18.00 ב' 10.00 עד 16.00 ד' 9.00 עד 16.00	תל אביב השלושה 3 שכונת יד אליהו
09-7961799	ב' 9:00 – 12:00 ד 16:00 – 18:00	תל מובד הדקל 109 (במרכז פייס לקשיש)

**\*הערה: רשימה זו תתעדכן מעת לעת ויש להתקשר מראש לארגון ולוודא את שעות קבלת קהל**