



הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.)

The Foundation for the Benefit of Holocaust Victims in Israel

טופס בקשה להחזר כספי בגין נסיעות באמבולנס מד"א

בקשה להחזר כספי – דף הסבר והנחיות למילוי הבקשה

כללי

1. אנו שמחים להודיע על תכנית סיוע מיוחדת לתשלום כספי על נסיעות באמבולנס מד"א. התשלום ישולם כנגד קבלות מקור.
2. אנו פונים אליך בבקשה כי תפעל בהתאם לאמור במכתב הסבר זה ובטופס הבקשה עצמו על מנת להימנע מבקשות להשלמת פרטים או מסמכים המאריכות את תהליך הטיפול בבקשה ואת הזמן לקבלת החזר.
3. לכל פונה ניתנת האפשרות להגיש החזר עד שתי נסיעות, בגין נסיעות באמבולנס מד"א.

מי זכאי לקבל סיוע

4. 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 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. ניצולי השואה יוצאי הונגריה ו"הונגריה המורחבת" אשר חיו תחת הכיבוש הנאצי במלה"ע השנייה.
5. הכנסותיו החודשיות של מגיש הבקשה אינן עולות על 6,000 ₪ ברוטו לחודש (כולל רנטה ופנסיה מחו"ל).
6. מגיש הבקשה שוחרר מבית החולים וקבל טופס המעיד על שחרורו ללא אשפוז.
7. מגיש הבקשה קבל מכתב סירוב מקופ"ח/חברות ביטוח המאשר כי לא קיבל מהן החזר או השתתפות.

כיצד ניתן להגיש בקשה

8. הבקשה לסיוע תוגש על גבי הטופס המצורף למכתבנו זה. סיוע והדרכה למילוי הטפסים ניתן לקבל חינם במשרדי הקרן בתל-אביב, חיפה ובאר-שבע.
9. ניתן להגיש את הבקשה באופן אישי או לשלוח בדואר ל:
 - משרד ראשי: רחוב תובל 5 ת"א. מען למכתבים: ת.ד 7197 ת"א, 67897.
 - טלפון: 03-6090866 פקס: 03-6968294.
 - נציגות הקרן בבאר שבע: רח' יצחק רגר 28 (בניין רסקו ישן), קומה 2 חדר 333, באר שבע.
 - טלפון: 08-6283363 פקס: 08-6283364.
 - נציגות הקרן בחיפה: שדרות פל-ים 7-9, (בית צים), חדר 319 חיפה, טלפון: 04-8221250 פקס: 04-8221832.
10. יש למלא את טופס הבקשה בשפה העברית בלבד.

הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.)

משרד ראשי: רחוב תובל 5, (בית צרפת, קומה 1) ת"א 67897 טל: 03-6090866 פקס: 03-6968294
סניף באר-שבע: רח' יצחק רגר 28, חדר 333 טל: 08-6283363
סניף חיפה: שד' פל-ים 7-9, (בית צים חדר 319), חיפה 04-8221250



הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.)

The Foundation for the Benefit of Holocaust Victims in Israel

הנחיות כלליות

11. לקבל הסיוע יש לצרף את המסמכים הבאים :

- צילום תעודת זהות.
- מסמכים המעידים על ניצולות, כגון : רנטה , תגמולים מהאוצר , אישור חד פעמי מהקליימס.
- אישור על פרטי חשבון הבנק של המבקש לצורך ביצוע תשלום באמצעות העברה בנקאית (מתקבל אישור חתום על-ידי הבנק או דף חשבון ובו שם המבקש או צילום צ'ק או מסמך אחר המעיד על הפרטים הנכונים של חשבון המבקש).
- קבלות מקור בלבד ע"ש מגיש הבקשה, עד שתי נסיעות באמבולנס מד"א מהשנים 2012,2013 (הקרן אינה מתחייבת להחזיר את כל עלות החשבון ולא תשלם בגין חוב פיגורים וריביות)
- מכתב המעיד על שחרור מבי"ח ללא אשפוז.
- מכתב המעיד על סירוב מימון מקופ"ח/חברת ביטוח בגין הנסיעות באמבולנס מד"א.
- יש לצרף לבקשה אישורי הכנסה עדכניים של הפונה.
- הפרויקט מותנה בקבלת התרומה המיועדת, והסיוע יינתן במסגרתה.

התכנית לסיוע מתקיימת הודות לתרומתה הנדיבה של מד"א – בריטניה.

הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.)

משרד ראשי: רחוב תובל 5, (בית צרפת, קומה 1) ת"א 67897 טל: 03-6090866 פקס: 03-6968294
סניף באר-שבע : רח' יצחק רגר 28, חדר 333 טל: 08-6283363
סניף חיפה : שד' פל-ים 7-9, (בית צים חדר 319), חיפה 04-8221250



הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.)

The Foundation for the Benefit of Holocaust Victims in Israel

טופס בקשה להחזר כספי בגין נסיעות באמבולנס מד"א

א. פרטי המבקש/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות)

מספר ת"ז _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____
 עיר _____ רחוב _____ מס' בית _____ מיקוד _____ טל: _____
 ארץ לידה _____ עיר לידה _____ שנת לידה _____ שנת עליה _____ מצב משפחתי _____

ב. הכנסה חודשית – עד 6,000 ₪ ברוטו לחודש (יש לצרף צילומי תלושים של הכנסות ובנוסף דפי עו"ש ל 3 חודשים האחרונים)

ביטוח לאומי _____ ₪ פנסיה _____ ₪ מקור אחר _____ ₪
 תגמולים ממשד האוצר / קרן סעיף 2 / רנטה מגרמניה _____ ₪

ג. תאר בראשי פרקים היכן וכיצד עברת את השואה. יש לציין בנקודות מקום הרדיפה, תאריכים וסוג הרדיפה (למשל גטו וכו').

ד. פרטי חשבון בנק (יש לצרף אישור מהבנק כי החשבון ע"ש המבקש או צילום שיק מבוטל)

אבקש להעביר את סכום ההחזר לחשבון מספר _____ על שם _____
 בנק: _____ קוד בנק: _____ סניף: _____ קוד סניף: _____

ה. הצהרה - בחתימתי זו הנני מצהיר/ה כדלקמן:

- אני מסמך 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.
- הנני מצהיר שהפרטים הנ"ל נכונים ומלאים, ידוע לי כי מסירת הצהרת כוזבת ו/או לא מלאה תגרום לביטול זכאותי לסיוע מהקרן לאלתר. הנני מצהיר כי לאור מצבי הכלכלי הסוציאלי הנני נזקק לסיוע המבוקש.
- ידוע לי כי זכאותי לקבל את המענק עבור ההוצאות בגינן מבוצעת פניית 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 פניית זו לקרן, כי לא קיבלתי החזר כזה בעבר וכי אין בכוונתי להגיש בקשה כאמור בעתיד אם פניתי אליכם תיענה. אם אקבל בעתיד מכל גורם שהוא החזר בגין הוצאות אלה, אני מתחייב להחזיר לקרן את סכום המענק/החזר שאקבל בעבור ההוצאות הנ"ל.
- 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 גובהו המענק/סיוע. הקרן שומרת לעצמה את הזכות להעביר את הבקשה לשנת הכספים הבאה.
- מילוי טופס זה והליך הגשת הבקשה לקרן **הוא חנם** ואינו כרוך בכל תשלום שהוא לשום גורם.
- ייתכנו שינויים ועדכונים, יש לעקוב אחר פרסומים באתר הקרן www.k-shoa.org

ובאתי על החתום בתאריך: _____ שם: _____ חתימה: _____