



תאריך: _____

טופס סיוע בטיפול שיניים עבור ניצולת/ת שואה

הקרן לרווחת לנפגעי השואה בישראל מפעילה מיזם שמטרתו לעזור לניצולי השואה בטיפולי השיניים.

1. קבלת הסיוע בפרויקט מותנית בעמידה בהגדרת הניצולות של הקרן לרווחת לנפגעי השואה בישראל ובכך שהכנסותיו החודשיות של מגיש הבקשה אינן עולות על תגמול מוגדל ע"פ הכנסה (לא כולל רנטות ותגמולים).

2. א. הסיוע יינתן כנגד הצגת: קבלות (מקור/צילום קריא וברור) ע"ש הניצול עבור טיפולי שיניים שבוצעו בשנת 2024 בלבד ופרטי חשבון בנק ע"ש הניצול/ה (כולל אישור על ניהול חשבון).
ב. סה"כ הסכום המרבי להחזר הוא עד 4,000 ₪ ובהתאם לכמות הבקשות שתתקבלנה בקרן בתקופה שנקבעה.
ג. הגשת בקשה להחזר כספי אינה מהווה כל התחייבות מצד הקרן למתן החזר מלא או חלקי.

3. יש למלא את טופס הבקשה בעברית ולצרף את המסמכים המפורטים בטופס הבקשה (צילום ת.ז, אישור ניהול חשבון בנק ע"ש הפונה).

4. יובהר כי הגשת הבקשה אינה מבטיחה את קבלת הסיוע.

5. כל בקשה נבחנת על ידי הקרן בקפידה ותשובה לגבי העזרה תישלח לפונה בין אם חיובית או שלילית.

6. נא למלא הטפסים ולשלוח לקרן לרווחת לנפגעי השואה בישראל למספר פקס: 03-6968294 או לכתובת מייל: info@k-shoa.org או בדואר לכתובת: ת.ד. 7197 ת"א, 64734.

בכבוד רב,

הקרן לרווחת לנפגעי השואה בישראל (ע"ר)



טופס בקשה לסיוע עבור טיפול שיניים

יש למלא בעברית ובכתב ברור		פרטים אישיים	
		מספר תעודת זהות (יש לצרף צילום תעודת זהות וספח)	
		שם משפחה	
		שם פרטי	
		תאריך לידה	
נשוי/אלמן/גרש/רווק/אחר _____		מצב משפחתי (הקף בעיגול)	
זכר / נקבה		מין (הקף בעיגול)	
		ארץ לידה	
		כתובת מגורים	
			עיר
			רחוב
			מספר בית
		מיקוד	
טלפון:		דרכי התקשרות של הפונה	
נייד:			
בטוח לאומי:		הכנסות חודשיות חובה לציין ערך מספרי!	
פנסיה (כולל פנסיה מחו"ל):			
מקור אחר:			
כללית / לאומית / מאוחדת / מכבי		קופת החולים בה את/ה חברה	

פרטי חשבון בנק להעברת ההחזר:

יש לצרף אישור מהבנק כי חשבון זה שייך לפונה או דף עו"ש עם פרטים מזהים של הפונה או צילום שיק מבוטל עם שמו של הפונה.

אבקש להעביר את סכום ההחזר לחשבון מספר: _____
בבנק: _____

מספר בנק: _____ בסניף: _____ מספר סניף: _____

החשבון על שם: _____

* בקשה להחזר כספי, תשולם לפי סך הקבלות התקינות בבקשה (גם אם מדובר בסכום נמוך).



הצהרה, בחתימתי זו הנני מצהיר כדלקמן:

1. אני מסמיך את "הקרן לרווחת נפגעי השואה" 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 זכאותי לסיוע מהקרן לאלתר. הנני מצהיר כי לאור מצבי הכלכלי הסוציאלי הנני נזקק לסיוע המבוקש.
3. יובהר כי מילוי טופס זה והליך הגשת הבקשה לקרן הוא חינוך ואינו כרוך בכל תשלום שהוא לשום גורם, אך אינם מבטיחים את קבלת השירות בשום צורה.
4. ידוע לי כי הקרן אינה מתחייבת למתן החזר כספי מלא או חלקי וזאת בהתאמה לתקציבי הקרן ויכולתה להעניק את הסיוע.

ובאתי בזאת על החתום:

שם: _____

תאריך: _____

חתימה: _____

במידה והחותם אינו המבקש: הקרבה למטופל: _____

שם: _____ משפחה: _____

חתימה: _____ תאריך: _____

נא למלא את הטופס, לחתום עליו ולהחזירו לכתובת או לפקס הכתובים מטה

לשימוש המשרד - למילוי ע"י נציג הקרן בלבד:

המלצת הפקיד הממונה/עו"ס: _____