



תאריך: _____

פיילוט - "רואים טוב, בבית" – ניידת עד בית הלקוח

חדש בשנת 2024, הקרן לרווחת נפגעי השואה תחל לממן שירות של ניידת משקפיים עד בית הלקוח. השירות מיועד למרותקי בית בלבד העומדים בקריטריונים לסיוע.

• קבלת הסיוע בפרויקט מותנית בעמידה בקריטריונים הבאים:

1. יש למלא ולחתום על טופס הבקשה המצורף בעברית.
 2. יש לצרף צילום ת.ז.
 3. הכנסותיו החודשיות של מגיש הבקשה אינן עולות על 10,447 ₪ ברוטו לחודש (לא כולל רנטות ותגמולים).
 4. מגיש הבקשה לא קיבל סיוע זהה מהקרן במהלך השנתיים האחרונות.
 5. מגיש הבקשה מוגדר מרותק בית ואין באפשרותו להתנייד עצמאית לחנות אופטיקה באזור מגוריו.
- הגשת הבקשה אינה מבטיחה קבלת אישור זכאות למשקפיים – מתן הסיוע מוגבל, ותלוי בתרומות המתקבלות מעת לעת.
 - במידה והבקשה תאושר, פרטיך יועברו לספק השירות של הקרן לתיאום בדיקת ראייה והתאמת משקפיים.

נא למלא הטפסים ולשלוח לקרן לרווחת נפגעי השואה:

פקס מספר 03-6968294 או לכתובת המייל info@k-shoa.org

בכבוד רב,

הקרן לרווחת נפגעי השואה (ע"ר)



טופס בקשה פיילוט - "רואים טוב, בבית"

פרטים אישיים	יש למלא בעברית ובכתב ברור
מספר תעודת זהות (יש לצרף צילום ת.ז.)	
שם משפחה	
שם פרטי	
תאריך לידה	
מצב משפחתי (הקף בעיגול)	נשוי/אלמן/גרוש/רווק/אחר _____
מין (הקף בעיגול)	זכר / נקבה
ארץ לידה	
כתובת מגורים	עיר
	רחוב
	מספר בית
	מיקוד
דרכי התקשרות של הפונה	טלפון:
	נייד:
פירוט הכנסה חודשית חובה לציין ערך מספרי (*אישור הבקשה מותנה בעמידה ברף הכנסה של 10,447 ש"ח ברוטו)	ביטוח לאומי:
	פנסיה (כולל פנסיה מחו"ל):
	מקור אחר:

<input type="checkbox"/> רחוק <input type="checkbox"/> קרוב <input type="checkbox"/> מולטי פוקאל <input type="checkbox"/> בי פוקאל	יש לסמן את סוג המשקפיים להם את/ה זקוק/ה (בהתאם לסוג המשקפיים שבשימוש כיום)
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------



הצהרה

בחתימתי זו הנני מצהיר כדלקמן:

1. אני מסמיך את הקרן לרווחת הנפגעי השואה בישראל, (להלן: הקרן), לקבל מכל גוף ממשלתי, ציבורי, או פרטי בישראל או בחו"ל כל מידע בנוגע אלי ולבקשתי זו ולהכנסותי, לרבות לקבל, לבדוק ולאמת כל מידע ממאגר מרשם האוכלוסין במשרד הפנים, כולל: שם פרטי ושם משפחה, סטאטוס (נפטר) ותאריך פטירה. תאריך וארץ לידה, תאריך וארץ עליה, מצב משפחתי, ת.ז, כתובת, לאום.
2. ידוע לי ואני מסכים כי, באם תאושר בקשתי, פרטי האישיים, אותם העברתי לקרן בטופס הבקשה, יועברו לספק השירות הנבחר על ידי הקרן, לצורך מתן השירות.
3. הנני מצהיר כי הפרטים אשר מסרתי הינם נכונים ומלאים, לרבות הדיווח על עמידה ברף הכנסה חודשית של 10,447 ש"ח, ידוע לי כי מסירת הצהרה כוזבת ו/או לא מלאה תגרום לביטול זכאותי לסיוע מהקרן אלתר, וכן לנקיטת הליכים פליליים כנגדי.
4. הובא לידיעתי ואני מבין כי האחריות המלאה בכל הקשור למתן השירות, לרבות: בדיקות הראיה/ משקפי הראיה/ עדשות / אביזרי הראיה / אספקת המוצרים הינה של ספק השירות הנבחר ולא של הקרן.
5. ידוע לי כי הקרן תהיה רשאית להעביר את המידע שאותו מסרתי לה בטופס הבקשה כאמור ואת אישור הספק הנבחר כאמור בסעיף 2 הנ"ל לכל רשות מרשויות המדינה (לרבות גופים ציבוריים או תאגידים שהוקמו מכח חוק), וכן תהיה רשאית להעביר את המידע לתורם וזאת למטרת הענקת הסיוע כאמור בכתב הצהרה זה וכן לצורך מילוי התחייבויותיה על פי כל דין. למען הסר ספק, ידוע לי ומוסכם עליי כי העברת המידע כאמור לגורמים המורשים, לרבות לרשת "סופר פארם", לא תהווה הפרה של כתב הצהרה זה.
6. יובהר כי מילוי טופס, חתימה עליו ושליחתו למשרדי הקרן אינם מבטיחים את קבלת השירות בשום צורה.

ובאתי בזאת על החתום:

שם המבקש: _____ חתימת המבקש: _____ תאריך: _____