



הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע"ר)

The Foundation for the Benefit of Holocaust Victims in Israel

In cooperation with the claims conference

בשיתוף עם ועידת התביעות

בקשה לתוספת 9 שעות סיעוד מן הקרן לרווחה לנפגעי השואה (ע"ר)

הנחיות להגשת הבקשה

(ספטמבר 2008)

מי זכאי לקבל סיעוד (קריטריונים לקבלת סיעוד מהקרן):

✓ 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, בולגריה, צרפת, איטליה, לוב טוניס והונגריה וסבלו מרדיפות הנאצים. וכן מי שברחו משטח הכיבוש: מגרמניה אחרי 1933, מאוסטריה אחרי 1938, ומיתר הארצות אחרי פרוץ המלחמה וכיבוש עד ליום 8.5.1945.

✓ נפגע השואה, סיעודי, תלוי לחלוטין בעזרת הזולת בכל פעולות היומיום, והוגדר ע"י המוסד לביטוח לאומי כזכאי לגמלת סיעוד בשיעור 150% או 168%.

כיצד מגישים את הבקשה לשעות סיעוד:

יש למלא את הטופס בקשה לשעות סיעוד בעברית חתום ע"י הפונה/אפוטרופוס. במידה והפונה לא יכול לחתום ואין אפוטרופוס - יחתום בן משפחה בתוספת הסבר.

א. חובה לצרף את המסמכים הבאים:

1. א. צילום קריא של תעודת הזהות בצירוף ספת.

2. א. יש לצרף אישורים על הפיצויים שהנך מקבל בגין הקורות אותך בתקופת השואה (רנטה מ-BEG או פיצויים מקרן סעיף 2, תגמולים מהלשכה לשיקום נכים (נכי רדיפות)), פיצויים חד-פעמיים מועידת התביעות, אישור מהצלב האדום). יש לציין מהו המקום בו היית עם פרוץ המלחמה. נא לפרט מקומות ותאריכים.

3. א. יש לצרף אישור מהמוסד לביטוח לאומי על גובה גמלת הסיעוד. הקרן אינה רשאית לקבל אישור על הזמנת שירותי סיעוד של הועדה המקומית. יש לשלוח אישור ממוחשב וחתום מהמוסד לביטוח לאומי, אשר כולל את שם המטופל.

4. א. יש לציין את שם חברת הסיעוד, כתובתה, מס' הטלפון והפקס.

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

מומלץ למלא אחר ההנחיות במסמך זה ולשלוח למשרדי הקרן.

אנו מאחלים לכולכם בריאות טובה ואריכות ימים.

בכבוד רב,
הקרן לרווחה לנפגעי
השואה בישראל (ע"ר)

רחוב קפלן 17, (בנין הסוכנות היהודית) ת"א. מען למכתבים: ת.ד. 7197 ת"א, 64734

טל: 03-6090866 פקס: 03-6968294



הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע"ר)

The Foundation for the Benefit of Holocaust Victims in Israel

In cooperation with the claims conference

בשיתוף עם ועידת התביעות

טופס בקשה לשעות סיעוד

(ספטמבר 2008)

1. פרטי המבקש ומצב סוציאלי: (נא צרף צילום של תעודת זהות + ספח)

מס' ת.ז. / שם משפחה _____ שם פרטי _____

שם משפחה בלטינית _____ שם פרטי בלטינית _____ מין: זכר / נקבה

רחוב _____ מס' בית _____ עיר _____ טל: _____

שנת לידה _____ ארץ לידה _____ שנת עליה _____ מצב משפחתי _____

מס' ילדים _____ שם וטלפון של בן משפחה / איש קשר: _____

נא להקיף בעיגול: א. גר לבד ב. עם בן משפחה ג. עם עובד זר ד. מחוץ לבית: בית אבות / מוסד / דיור מוגן

2. כיצד עברת את השואה (ניתן להוסיף דף פירוט. נא לציין תאריכים ושמות מחנות/גיטאות ומקומות אחרים):

2.א. נא לצרף אחד מהאישורים שלהלן המעיד על היותך ניצול/ת שואה (ללא אישור זה לא נוכל לטפל בבקשה)

רנטה מגרמניה, תגמולים ממשרד האוצר בגין נכי רדיפה, פיצוי חד פעמי, אישור מהצלב האדום, אישור רשמי אחר.

צירפתי לבקשתי זו אישור מסוג: _____

3. הנני זכאי/ת לגימלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי בשיעור של: 150% או 168% (נא להקיף בעיגול) סך הכל _____ שעות שבועיות.

הנני מצהיר כי הנני זכאי לגימלת סיעוד כנ"ל מהמוסד לביטוח לאומי וכי הכנסותי הינם בהתאם לרף הקבוע בחוק בגין אחוזים אלה. נא צרף אישור חתום מהמוסד לביטוח לאומי על גובה גמלת הסיעוד.

אם מדובר באישור זמנני, נא לפרט: האישור בתוקף עד: _____ / _____ / _____

נא לציין שם וכתובת של חברת הסיעוד (מוכרת ע"י המוסד לביטוח לאומי): _____

5. הנני מעוניין/ת בקשר עם מתנדב/ת (במידה וימצא מתנדב מתאים): תלמיד/ה או מבוגר/ת (נא להקיף בעיגול)

6. הצהרה על אמיתות הפרטים והצהרה על ויתור סודיות:

אני מסמיך אתכם לקבל מכל גוף ממשלתי, ציבורי, או פרטי בישראל או בחו"ל כל מידע בנוגע אלי ולבקשתי זו להכנסותי, לרבות לקבל, לבדוק ולאמת כל מידע ממאגר מרשם האוכלוסין במשרד הפנים ומהמוסד לביטוח לאומי, כולל: שם פרטי ושם משפחה, סטטוס (נפטר) ותאריך פטירה, כניסה למוסד הפחתה בגובה גימלת הסיעוד, וכן: תאריך וארץ לידה, תאריך וארץ עליה, מצב משפחתי, ת.ז., כתובת ולאום. אני מוותר בזאת על זכויותי לסודיות שיפגעו מהשימוש שיעשה במידע שיתקבל לצורך ההחלטה לגבי זכאותי לקבלת תוספת שעות סיעוד.

ידוע לי שאם בקשתי תאושר, הפרטים אודותי, יועברו לחברה/עמותה המספקת את שירותי הסיעוד.

ידוע לי כי הליך הגשת הבקשה לקרן הוא בחינם ואינו כרוך בתשלום כלשהו.

תאריך: _____ חתימה: _____

רחוב קפלן 17, (בנין הסוכנות היהודית) ת"א. מען למכתבים: ת.ד. 7197 ת"א, 64734

טל: 03-6090866 פקס: 03-6968294