



ИЗРАИЛЬСКИЙ ФОНД ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В КАТАСТРОФЕ

Правила получения помощи по возврату расходов на медицинские нужды:

действительно с февраля 2012 года

ЛИЦА, ИМЕЮЩИЕ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОМОЩИ ОТ ФОНДА:

Люди, находившиеся во время Второй Мировой Войны на оккупированной фашистами территории, в лагерях, гетто, в укрытии или изгнании и их жизни грозила реальная опасность, либо они были эвакуированы (бежали) с оккупированных территорий в период Второй Мировой Войны по 8.5.1945

Помощь предоставляется в соответствии с приложенными оригиналами квитанций, выписанные на имя подающего просьбу, за текущий и прошедший год на сумму до 4000 шекелей и при условии, что после подачи в Фонд предыдущей просьбы на пособие прошло как минимум **24 месяца**. Месячный доход подающего просьбу не должен превышать **7671 шекелей** брутто **включая ренту и пенсию из-за границы**.

Расходы, за которые можно получить денежный возврат:

- слуховой аппарат – с приложением справки об использовании прав пострадавшего в Катастрофе "корзины медицинских услуг" Министерства здравоохранения при больничной кассе.
- лечение/ протезирование зубов
- очки (кроме солнцезащитных)
- приобретение медицинских приборов, аппаратов / приспособлений для реабилитации (включая подгузники и прокладки для взрослых)
- ортопедические приспособления (включая ремонт и замену запасных частей медицинских приборов)
- личное участие в оплате медицинских процедур (не включая альтернативные виды лечения и лекарства), не входящие в "корзину медицинских услуг" Министерства здравоохранения в сумме до 250 шек..
- возврат за посещение пунктов медицинской помощи больничных касс в ночное время
- абонементная плата за услуги по пользованию аппаратом "кардио-бипер" (при наличии рекомендации врача)
- поездки на процедуру "диализа" и на курс химиотерапевтических процедур для онкологических больных.

К квитанции за медицинское и реабилитационное оборудование, которое было приобретено для обратившегося, но выписанные не на его имя, нужно приложить рекомендацию от врача или медицинское заключение, свидетельствующие о том, что у обратившегося нет возможности самому купить этот товар.

***Просим обратить Ваше внимание: не производится возврат за приобретение лекарств**

• Возможны изменения и уточнения. Следите за информацией на сайте Фонда:

www.k-shoa.org

ИЗРАИЛЬСКИЙ ФОНД ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В КАТАСТРОФЕ

Туваль 5, (Бэйт Царфат, 1-й этаж), п.я. 7197 Тель Авив 67897,

тел: 03-6090866 факс 03-6968294 сайт: www.k-shoa.org



ИЗРАИЛЬСКИЙ ФОНД ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В КАТАСТРОФЕ

В какой форме подаётся просьба о помощи:

Помощь по заполнению бланков и консультация предоставляются бесплатно:

Представительство в Тель-Авиве : ул. Туваль 5 (Бейт-Царфат, 1-й этаж)
телефон: 03-6090866 (с воскресенья по четверг с 08:00-16:00) факс: 03-6968294
приём посетителей: с воскресенья по четверг с 08:00-14:00

Представительство в Хайфе : шдерот Паль-Ям 7-9, (Бейт Цим, комната 319),
телефон 04-8221250 (с воскресенья по среду с 08:00-13:00, в четверг с 13:00-18:00) факс: 04-8221832
приём посетителей: с воскресенья по среду с 08:00-13:00, в четверг с 13:00-18:00.

Представительство в Беер-Шеве: ул. Ицхак Регер 28 этаж 2 офис 333,
телефон 08-6283363 (воскресенья по четверг с 08:00-16:00) факс; 08-6283364
приём посетителей: воскресенья по четверг с 08:00-15:00.

Необходимо заполнить бланк просьбы на иврите, расписаться на нем и приложить все указанные ниже документы. Подача каждой новой просьбы требует подачи всех документов заново соответственно нижеизложенным правилам. Просим не подавать лишние и не имеющие отношения к просьбе документы. Это может привести к задержке в рассмотрении просьбы.

- Общественная комиссия, частично состоящая из людей, пострадавших в Катастрофе, рассматривает каждую просьбу и решает – утвердить ли её или отклонить.
- В случае, если Вы заинтересованы получать нашу корреспонденцию на адрес, отличающийся от указанного у Вас в анкете, пожалуйста, укажите его, включая имя человека, проживающего по данному адресу. В случае каких-либо изменений следует сообщить в Фонд по телефону или по факсу, указанным ниже.
- Просьба сохранять у себя копии всех посланных в Фонд документов.
- Просьбу можно прислать по почте либо передать лично по адресу, указанному на бланке.

Документы, которые необходимо приложить к просьбе на пособие по возврату расходов:

- Копия удостоверения личности (теудат зеут) со вкладышем указывающим адрес
- Справки о доходах (пособие по старости из Битуах леуми, рента из Германии, пенсии, заработная плата, пособие из Управления по реабилитации инвалидов при Министерстве Финансов и т.п.)
- Оригиналы квитанций** (“кабалот макор”) **за текущий и прошедший год**, выписанные на имя подающего просьбу. Не будет предоставляться возможность добавлять квитанции к уже поданной просьбе, находящейся в рассмотрении.
- Документы, подтверждающие местонахождение во время Войны, до 22 июня 1941 года и после (справки из Красного Креста **либо** документы, подтверждающие получение компенсации из Германии (2556 евро /5000 марок) **либо** ренты, любой другой архивный документ). Справку из Красного Креста можно заказать по тел: 073-2630023 или по факсу: 03-7305983. Справку о получении компенсации из Германии или ренты можно заказать по тел: 03-5194400/1 (информационный центр при Claims Conference).
- Справка из банка, подтверждающая, что счет, на который будет переведено пособие, принадлежит лицу, подающему просьбу (распечатка из банка, включающая имя и номер счета подающего, либо копия банковского чека).
- Банковская распечатка за последний месяц.
- Медицинская справка для страдающих онкологическими заболеваниями или болезнью Альцгеймера
Обращаем Ваше внимание, что подача просьбы на личное пособие является согласием предоставить Фонду право пользования информацией личного характера, полученной от государственного/общественного учреждения или частного лица в Израиле или за его пределами, в том числе, на получение, проверку и подтверждение любой информации из отдела переписи населения при Министерстве внутренних дел и Ведомства Национального страхования, включая: имя и фамилию, статус (скончался) и дату смерти, дату поступления в учреждение по уходу, а также дату и место рождения (страна), дату репатриации и страну исхода, семейное положение, номер удостоверения личности, адрес и национальность. Фонд оставляет за собой право перенести просьбу на следующий финансовый год.

ИЗРАИЛЬСКИЙ ФОНД ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В КАТАСТРОФЕ

Туваль 5, (Бэйт Царфат, 1-й этаж), п.я. 7197 Тель Авив 67897,

тел: 03-6090866 факс: 03-6968294 сайт: www.k-shoa.org



הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.)

The Foundation for the Benefit of Holocaust Victims in Israel

טופס בקשה לקבלת מענק אישי (החזר כספי) - פברואר 2012

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 למשלוח דואר / ת.ד. : _____
שם נעורים : _____ . מין : זכר / נקבה. מצב משפחתי נשוי/ גרוש/ אלמן. 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 _____ רנטה _____ פנסיה (כולל מחו"ל) _____
ביטוח לאומי _____ ערך סעיף 2 _____ מקור אחר _____

ג. פרטים על מקום הימצאותך בתקופת השואה (יש לצרף אישורים על התקופה, 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 (ימולא 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 אן 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. מטרות 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 _____ ש"ח
4. טיפול רפואי (כמפורט בסעיף 3 ו' 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

הצהרה, בחתימתי זו הנני מצהיר כדלקמן:

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.

• 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 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.

• 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 חינוך** ואינו כרוך בכל תשלום שהוא לשום גורם.

• ייתכנו שינויים ועדכונים, יש לעקוב אחר פרסומים באתר הקרן 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 למידי מסיבה:

הזכאות לקבלת מענק נקבעה על סמך:

שם: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

החלטת הועדה הציבורית מתאריך: _____

מאושר מענק על סך _____ ש"ח עבור: _____

הבקשה נדחת: _____



ИЗРАИЛЬСКИЙ ФОНД ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В КАТАСТРОФЕ

Организации, также оказывающие помощь в подаче просьб на личное пособие:

Телефоны	Адрес эл. почты	Адрес	Название организации
03-6917121 03-6916115	olehungaria@gmail.com	Ул. Менахем Бегин 48/903 Тель-Авив 66180	Объединение выходцев из Венгрии
03-5336272	luv@bezeqint.net	Ул. Адади 4, Ор Иегуда	Объединение выходцев из Ливии
03-6810113 03-5229155/6	olebulgaria@googlemail.com	Шдерот Иерушалаим 63 бэт, Яффо 68180	Объединение выходцев из Болгарии
050-3556841/2	hitahdut@gmail.com	ул. Алленби 108, Тель-Авив 61026	Объединение выходцев из бывшей Югославии
054-7503449	avrum31@012.net.il	Цвия ве Ицхак 16/4, Иерусалим	Объединение "За достойное будущее"
03-6964812	litjews@bezeqint.net	Шдерот Давид – а - Мелех 1, Тель-Авив 64953	Объединение выходцев из Литвы
03-6881930		ул. Левински 68, Тель-Авив 66855	Общество переживших Катастрофу из Греции
03-5270231	partizani@bezeqint.net	ул. Арлозоров 102, Тель-Авив 62097	Общество партизан, подпольщиков и бойцов гетто
02-6250634	amcha@amcha.org	Ул. Илель 23 Иерусалим	Организация "Амха"
02-6247544	esther7@netvision.net.il hungary@bezeqint.net		Объединение выходцев из Венгрии
03-5164461	orna@irgun-jeckes.org	Ул. Рамбам 15 Тель-Авив	Организация выходцев из Европы
03-6738273/4	Ou1600shil1@gmail.com	Ул. Бен Йосеф 11 Рамат Ган	Организация "Шиль"
Объединение выходцев из Румынии - отделения			
04-8645082/4	HOR.HAIFA@GMAIL.COM	Ул. Нордау 10	Хайфа

Примечание: Данная таблица может претерпевать изменения, поэтому рекомендуем заранее звонить в конкретную организацию для уточнения часов приёма посетителей.