



# הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.)

## The Foundation for the Benefit of Holocaust Victims in Israel

### טופס בקשה להפניה עבור טיפול שיניים

באמצעות ההסדר עם ההסתדרות לרפואת שיניים

א. פרטי המבקש (חובה לצרף צילום תעודת זהות + ספח של מגיש הבקשה)

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

ב. הכנסות (יש לצרף אישורים ודפי עובר ושב על כל ההכנסות החודשיות; רנטה, תגמולים, ביטוח לאומי ופנסיה)

תגמולים \_\_\_\_\_ רנטה \_\_\_\_\_ ש. ביטוח לאומי \_\_\_\_\_ ש.  
 פנסיה \_\_\_\_\_ ש. קרן סעיף 2 \_\_\_\_\_ ש. מקור אחר \_\_\_\_\_ ש.

ג. נחוץ לי טיפול שיניים מסוג: (פרט: סתימה, ניקוי, טיפול שורש, תותבות וכו') אם יש הצעת מחיר – מומלץ לצרף:

ד. כיצד עברת את השואה (יש לצרף אישורים על התקופה, כגון: פיצויים חד פעמיים, אישור צלב האדום, אישור מהבנק על קבלת רנטה או תגמולים ממשרד האוצר)

מקום הימצאותך עם פרוץ המלחמה: ארץ \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ אזור \_\_\_\_\_  
 מקום הימצאותך בזמן המלחמה: מחנה/גטו \_\_\_\_\_ ארץ \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_

ה. הצהרה, בחתימתי זו הנני מצהיר כדלקמן:

- אני מסמיך אתכם לקבל ולמסור עם כל גוף ממשלתי, ציבורי, או פרטי בישראל או בחו"ל כל מידע בנוגע אלי ולבקשתי זו ולהכנסותיי, לרבות לקבל ולמסור, לבדוק ולאמת כל מידע ממאגר מרשם האוכלוסין במשרד הפנים, כולל: שם פרטי ושם משפחה, סטטוס (נפטר) ותאריך פטירה. תאריך וארץ לידה, תאריך וארץ עליה, מצב משפחתי, ת.ז., כתובת, לאום. אני מוותר בזאת על זכויותי לסודיות שיפגעו מהשימוש שיעשה במידע שיתקבל לצורך ההחלטה לגבי זכאותי לקבלת מענק. ידוע לי כי, באם תאושר בקשתי, פרטי הדמוגרפים, אותם העברתי לקרן, יועברו לרופא השיניים ולהסתדרות רפואת השיניים.
- הנני מצהיר כי הפרטים אשר מסרתי הינם נכונים ומלאים, ידוע לי כי מסירת הצהרה כוזבת ו/או לא מלאה תגרום לביטול זכאותי לסיוע מהקרן לאלתר, וכן לנקיטת הליכים פליליים כנגדי.
- אין ברשותי לממן טיפול השיניים המבוקש וידוע לי כי הרופא המטפל יבחר ע"י הקרן.
- ידוע לי כי עבודת הרופא הינה בהתנדבות, אך יתכן ואצטרך לשאת בעלות מעבדה וחומרים.

ובאתי בזאת על החתום היום בתאריך: \_\_\_\_\_

שם המבקש \_\_\_\_\_ חתימת המבקש: \_\_\_\_\_

המלצת הפקיד הממונה/עו"ס: \_\_\_\_\_

חבר ועדה 2

יו"ר הועדה

חבר ועדה 1

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

טל: 03-6090866 פקס: 03-6968294