

טופס בקשה לגמלת סיעוד בכסף לועידת התביעות ישראל

- אין צורך לשלם בכדי לפנות לתוכנית זו. אינך צריך לשלם לאף אחד עבור טופס זה או עבור סיוע במילוי. תוכנית זו מיועדת אך ורק ליהודיים נפגעי רדיפות הנאצים כפי שהוגדר ע"י ממשלת גרמניה. הינך חייב/ת לעמוד באחד מהקריטריונים הבאים:
- הינך מקבל גמלת סיעוד מלאה בכסף מהמוסד לביטוח הלאומי ובעל ניקוד של 6 נקודות ומעלה במבחן התלות;
 - הינך מקבלי גמלת סיעוד מופחתת מהמוסד לביטוח לאומי, מקבל ניקוד של 6 נקודות ומעלה במבחן התלות והכנסתך אינה עולה ב-2000 ש"ח על תקרת ההכנסה שנקבעה על ידי המוסד לביטוח הלאומי.
 - הינך בעל ניקוד של 1.5 עד 2 נקודות במבחן התלות, ואתה עונה על קריטריון ההכנסה כפי שנקבע ע"י המוסד לביטוח לאומי לגמלה מלאה. אינך זכאי לגמלת סיעוד מהמוסד לביטוח הלאומי, אבל הינך זכאי לתוכנית זו עד אישורך לקבלת גמלת סיעוד מהמוסד לביטוח הלאומי.
 - הינך בעל ניקוד של 5 או 5.5 נקודות במבחן התלות, והינך עומד בקריטריונים של ההכנסה לקבלת גמלת סיעוד מלאה בכסף או בשירות מהמוסד לביטוח הלאומי

ניתן להחזיר את הטופס בדואר, או באי -מייל Infodesk@claimscon.org, או בפקס **03-6241056**, או במסירה ידנית במשרדי ועידת התביעות. בקשה לתוכנית זו תבחן לזכאות אך ורק מיום קבלת הטופס מלא וחתום במשרדנו. מומלץ לצרף העתק של תעודת הזהות שלך. במידה ותאושר לתוכנית הסכום החודשי אותו תקבל יקבע על פי זכאותך כמפורט מעלה.

פרטים אישיים:					
ENGLISH FIRST NAME			ENGLISH LAST NAME		
Israel GOV. ID number	Gender	שם פרטי - בעברית		שם משפחה - בעברית	
	M F				
Zip Code	City Name	Apartment №	House №	Street Name	
Birth Date			Phone Number		
Date of Immigration			Country of Birth		
פרטי בנק:					
(חשבון הבנק חייב לכלול את שמו של ניצול השואה)					
שם בנק	מספר בנק	מספר סניף	כתובת הסניף (רחוב ועיר)	מספר חשבון	

- במידה ובקשתך לקבלת גמלה סיעוד בכסף בישראל (ICFS) תאושר ע"י ועידת התביעות אזי:
- הסכום המשולם ע"י ועידת התביעות כולל את שכר העובד וכל ההפרשות הסוציאליות הנדרשות עפ"י חוק.
 - יורשים אינם זכאים לסיוע במסגרת תוכנית זו. התשלום יכול להתבצע רק ורק לחשבון הבנק של יהודי נפגע רדיפות הנאצים המבקש את הסיוע.
 - כל החובות התשלומים בגין העסקת המטפל המשולמים ע"י ועידת התביעות הינם באחריותו המלאה והבלעדית של מקבל הסיוע. ועידת התביעות לא תישא כל אחריות בגין חובות לצד שלישי בכלל ולמטפל בפרט.
 - עליך לדווח מידית בכתב לועידת התביעות על כל שינוי רלוונטי במצבך הרבות: אשפוז בבית חולים או מוסד טיפולי אחר, מעבר לבית אבות וכדומה. במידה וימצא כי לא פעלת כאמור לעיל, עומדת לועידת התביעות הזכות לדרוש או ולתבוע סכומים ששולמו עקב כך חזרה.
 - במידה ולא תקבלי אישור על קבלת טופס זה תוך 30 יום מיום שליחתו ו/או לברורים נוספים ניתן לפנות: 03-5194400 או בדואר לת.ד 20064 תל אביב מיקוד 6120001.

ויתור:
אני מסמיק את ועידת התביעות לקבל ולתת כל מידע אישי הנדרש לצורך קביעת זכאותי לתוכנית גמלת סיעוד בכסף מגופים שונים כגון משרד האוצר הגרמני, משרד המבקר הפדרלי, כל גוף ממשלתי, ציבורי, או פרטי בישראל או בחו"ל לרבות לקבל, לבדוק ולאמת כל מידע הנדרש לשם כך מכל גורם לרבות ממאגר הרשות לניצולי השואה בישראל, מרשם האוכלוסין במשרד הפנים והמוסד לביטוח לאומי אני מסכים לועידת התביעות להשתמש ו בפרטים אלו בכדי לספק לי מידע נוסף לגבי תכניות פיצויים או הטבות סוציאליות נוספות הקיימות עבור קורבנות הנאצים. הפונה מוותר בזאת על זכותו לסודיות במידה ותיפגע כתוצאה מהשימוש במידע שיתקבל לצורך הסיוע אני יודע כי הסיוע הנ"ל אינו מוקנה לי עפ"י דין. ועידת התביעות שומרת לעצמה את הזכות להמשיך, להפסיק או לשנות את הסיוע. אני מוותר באופן בלתי חוזר - ככל שהדבר מותר על פי דין - כל טענה שיש לי או טענתי מאוחר יותר נגד ועידת התביעות הקשורה לתוכנית זו או קשורה אליה
הנני מאשר שהמידע אותו מסרתי לועידת התביעות ולמוסד לביטוח לאומי בהתייחס לפרטי האישיים, היסטוריה, ומצבי הכספי הינו נכון ומדויק. אני מבין שזכאותי לגמלת סיעוד בכסף תלויה בהכרתי כנרדף נאצי יהודי כפי שהוגדר ע"י ועידת התביעות תחת הכללים שנקבעו על ידי הממשלה הגרמנית. במידה ויקבע ע"י ועידת התביעות כי אינני עומד בהגדרה של נרדף נאצי יהודי או שהיסטוריה הרדיפה שלי אינה כפי שהצהרתי, או שאינני זכאי על פי קריטריון ההכנסה, אני אהיה מחויב להחזיר לועידת התביעות, על פי בקשה, את הכספים ששולמו ע"י ועידת התביעות תחת תוכנית גמלת סיעוד בכסף. כל הצהרה כוזבת עלולה לגרום לביטול מיידי של זכאותי לסיוע ולגרור הליכים משפטיים.

שם מלא _____ חתימה _____ תאריך _____