



**"חירך לטובה" פרויקט למימון טיפולי שיניים (מרפאה ניידת) – 2023**

במסגרת הפרויקט, מאפשרת הקרן לרווחת נפגעי שואה לניצולים **מרתקי בית** הזקוקים לסיוע בטיפולי שיניים לקבל טיפול על ידי ניידת המגיעה לבית הניצול. הקרן תפנה את הזכאים לאחת מהמרפאות איתן יש לקרן הסכם.

במקרים בהם הפונה ימצא זכאי לסיוע, הקרן תממן עד 4,000 ₪ מעלות הטיפול ישירות לספק.

- קבלת הסיוע מותנית בעמידה בהגדרת הניצולות של הקרן לרווחת נפגעי השואה ובכך שהכנסותיו החודשיות של מגיש הבקשה אינן עולות על 10,447 ₪ ברוטו לחודש (לא כולל רנטות ותגמולים).
- סיוע זה ניתן אחת לשנתיים (לאחר תקופת מעבר של 24 חודשים ממועד הגשת הבקשה הקודמת לקרן).
- לטובת ההשתתפות במימון מצד הקרן, ישנו תשלום דמי רצינות של 250 ₪ עבור הביקור ה-1 הבדיקה וקבלת הצעת מחיר עבור הטיפול הנדרש. סכום זה הינו במימון מגיש הבקשה.
- יש למלא את טופס הבקשה בעברית ולצרף את המסמכים המפורטים בטופס הבקשה.
- טופס הבקשה מלא וחתום ע"י הפונה או אפוטרופוס בליווי אישור אפוטרופוסות.
- תוקף ההפניה הינו שלושה חודשים מיום שליחת הפניה למרפאה.
- **הגשת הבקשה אינה מהווה כל התחייבות מצד הקרן למתן מימון מלא או חלקי.** כל בקשה נבחנת על ידי הקרן בקפידה ותשובה לגבי העזרה תישלח לפונה בין אם חיובית או שלילית.

נא למלא הטפסים ולשלוח לקרן לרווחת נפגעי השואה:

בדוא"ל [info@k-shoa.org](mailto:info@k-shoa.org) או למספר פקס: 03-6968294 או בדואר לכתובת: ת.ד. 7197 ת"א, 6721503.

בכבוד רב,  
הקרן לרווחת נפגעי השואה (ע"ר)



**"חיוך טובה" - טופס בקשה לסיוע בניידת טיפולי שיניים**

<b>פרטים אישיים</b>		<b>יש למלא בעברית ובכתב ברור</b>
מספר תעודת זהות <b>(יש לצרף צילום תעודת זהות וספח)</b>		
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 הכנסות חודשיות		בטוח לאומי: פנסיה (כולל פנסיה מחו"ל): מקור אחר:
קופת החולים בה את/ה חבר/ה		כללית / לאומית / מאוחדת / מבדי
נחוץ לי טיפול שיניים מסוג: (סתימה, ניקוי, טיפול שורש, תותבות) (אם קיימת בידך הצעת מחיר- אנא צרף אותה לבקשה)		
מצב דנטלי - נא לסמן		מספר שיניים טבעיות שנותרו בפה: מעל 15 / מתחת ל-15 / לא נותרו שיניים בפה בגלל מצב השיניים הנני מתקשה לאכול? לא / כן לא נותרו לי שיניים טבעיות ואין לי תותבות? לא / כן התותבות הקיימות אצלי אינן נוחות ויציבות? לא / כן



**הצהרה, בחתימתי זו הנני מצהיר כדלקמן:**

1. אני מסמיך את הקרן לרווחת נפגעי השואה בישראל, (להלן: הקרן), לקבל מכל גוף ממשלתי, ציבורי, או פרטי בישראל או בחו"ל כל מידע בנוגע אלי ולבקשתי זו ולהכנסותיי, לרבות לקבל, לבדוק ולאמת כל מידע ממאגר מרשם האוכלוסין במשרד הפנים, כולל: שם פרטי ושם משפחה, סטאטוס (נפט) ותאריך פטירה. תאריך וארץ לידה, תאריך וארץ עליה, מצב משפחתי, ת.ז., כתובת, לאום.
2. אני מוותר בזאת על זכויותי לסודיות שייפגעו מהשימוש שיעשה במידע שיתקבל לצורך ההחלטה לגבי זכאותי לקבלת הסיוע. ידוע לי כי, באם תאושר בקשתי, פרטי האישיים, אותם העברתי לקרן, יועברו לרופאי השיניים ולהסתדרות רופאי השיניים.
3. 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.
4. הובא לידיעתי ואני מבין כי האחריות המלאה בכל הקשור לטיפול השיניים הינה של רופא השיניים ולא של הקרן וכי הקרן לא תישא בשום תשלום או אחריות לטיפול למעט אם ניתן טופס התחייבות לתשלום חתום.
5. ידוע לי כי הקרן תהיה רשאית להעביר את המידע כאמור לכל רשות מרשויות המדינה (לרבות גופים ציבוריים או תאגידיים שהוקמו מכח חוק), וכן תהיה רשאית להעביר את המידע לתורם וזאת למטרת הענקת הסיוע כאמור בכתב ויתור זה וכן לצורך מילוי התחייבותיה על פי כל דין. למען הסר ספק, ידוע לי ומוסכם עליי כי העברת המידע כאמור לגורמים המורשים לא תהווה הפרה של כתב סודיות זה.
6. יובהר כי מילוי טופס, חתימה עליו ושליחתו למשרדי הקרן אינם מבטיחים את קבלת השירות בשום צורה.

**7. ידוע לי כי הפנייה לטיפול במרפאה ניידת – כרוכה בעלות כספית בביקור הראשוני ובמידה ויש הפרש מעבר למימון הקרן.**

8. הנך מודעת/ת לכך שלא חלה עליך כל חובה חוקית להעביר את המידע ואת/ה מאשר/ת כי הנך מעביר/ה את המידע כאמור מרצונך החופשי.
9. הסכמת לכך שהמידע שלך ישמר במאגר מידע רשום של הקרן המנוהל ומוחזק על ידי הקרן. השימוש במידע כאמור על ידי הקרן יהיה לצורך בדיקת זכאותך לשירותים במסגרת התכנית, מתן השירותים במידה ונמצאת זכאית ותיעוד פנימי בהתאם לנהלי הקרן. המידע לא יועבר לאף גוף אחר, למעט אם נדרשת העברתו על פי דין, או בהתאם לאמור בטופס הסכמה זה, הכל בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות. אם ברצונך להוסיף או לתקן פרט מידע ממאגר המידע, הנך מתבקש לפנות אל הקרן בכתובת המלאכה 3 תל אביב.

**ובאתי בזאת על החתום:**

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

גורם מפנה: \_\_\_\_\_