



הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.) The Foundation for the Benefit of Holocaust victims in Israel

הנחיות להגשת בקשה לתוספת 9 שעות סיעוד

(מעודכן לאייר תשע"ב מאי 2012)

תוספת 9 שעות סיעוד במימון הקרן ניתנת באמצעות חברת סיעוד בלבד

מי זכאי לקבל סיעוד ?

1. 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 כגון: רומניה, בולגריה, צרפת, איטליה, לוב טוניס והונגריה וסבלו מרדיפות הנאצים. וכן מי שברחו מגרמניה אחרי 1933, מאוסטריה אחרי 1938, ומיתר הארצות הכבושות אחרי פרוץ המלחמה והכיבוש עד ליום 8.5.1945.

2. נפגע השואה, סיעודי, תלוי לחלוטין בעזרת הזולת בכל פעולות היומיום והוגדר ע"י המוסד לביטוח לאומי כזכאי לגמלת סיעוד בשיעור 150% או 168% או מקבלי קצבת שר"מ בהיקף 105% או 175%, או מקבלי שעות "עזרה לזולת" מטעם משרד הבטחון בהיקף 66 שעות חודשיות לפחות.

3. תוכנית הסיעוד עבור ניצולי הנאצים נתמכת על ידי ועידת התביעות, בהשגחתו של בית המשפט של ארה"ב בצו חוק נכסי ניצולי שואה ו/או במימון מדינת ישראל באמצעות הרשות לזכויות ניצולי השואה – משרד האוצר.

כיצד מגישים את הבקשה לשעות סיעוד:

4. יש למלא את טופס הבקשה לשעות סיעוד בעברית ולהגישו לקרן חתום ע"י הפונה. במידה והפונה לא יכול לחתום, יחתום אפוטרופוס.

5. חובה לצרף את המסמכים הבאים:

א. צילום קריא של תעודת הזהות.

ב. 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.

ג. אישור ממוחשב וחתום מהמוסד לביטוח לאומי אשר כולל את שמך. הערה: אישור על הזמנת שירותי סיעוד של הועדה המקומית אינו מהווה אישור קביל.

ד. יש לציין את שם חברת הסיעוד, כתובתה ושם הסניף.

ה. יש לציין אם הינך ערירי (במידה ואין ילדים או במידה וכל הילדים מתגוררים בחו"ל)

ו. יש לציין האם בן/בת זוגך מקבל/ת מהקרן לרווחה לנפגעי השואה 9 שעות סיעוד שבועיות.



הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.)

The Foundation for the Benefit of Holocaust victims in Israel

יש להגיש הבקשה בדואר למשרדי הקרן בשלמות ובצירוף כל המסמכים הדרושים.
לידיעתך הליך הגשת הבקשה לקרן הוא בחינם ואינו כרוך בתשלום כלשהו.

טופס בקשה לשעות סיעוד

1. פרטים אישיים- יש לצרף צילום ת.ז.

באנגלית	בעברית	
		מספר תעודת זהות (9 ספרות כולל ספרת ביקורת)
		שם פרטי:
		שם משפחה:
		שם אמצעי (במידה ויש):
		שם פרטי קודם (במידה ויש):
		שם משפחה קודם כולל שם נעורים (במידה ויש):
		מקום לידה (יש לפרט עיר/עיירה וארץ)
		תאריך לידה
		תאריך הגירה ממרכז/מזרח אירופה או מברית המועצות לשעבר
		תאריך עלייה לישראל
		מצב משפחתי
		מס' ילדים נא לציין במידה ואין ילדים או שכל הילדים מתגוררים בחו"ל (עירי)
		כתובת עדכנית
		עיר
		רחוב
		מספר בית
		מיקוד
		מס' טלפון
		שם וטלפון איש קשר

יש להקיף בעיגול: א. גר לבד ב. עם בן משפחה ג. עם עובד זר ד. דיור מוגן

יש להקיף בעיגול: בן/ בת זוגי מקבל/ת מהקרן 9 שעות סיעוד שבועיות כן/ לא

2. יש לצרף את אחד האישורים המעיד על היותך זכאי לעזרה סיעודית

גמלת סיעוד בגובה 150% או 168% , קצבת שר"מ בהיקף 105% או 175% , שעות "עזרה לזולת" מטעם משרד הביטחון בהיקף 66 שעות חודשיות לפחות. צירפתי לבקשתי זו אישור מסוג: _____

רחוב תובל 5 (בית צרפת) 67897 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

במידה והאישור הוא זמני, נא לפרט: האישור בתוקף עד: ___/___/___
נא לציין שם וכתובת של חברת הסיעוד (מוכרת על ידי המוסד לביטוח לאומי): _____

3.א נא לצרף אחד מהאישורים שלהלן המעיד על היותך ניצול/ת שואה

רנטה מגרמניה, תגמולים ממשרד האוצר בגין נכי רדיפה, פיצוי חד פעמי, אישור צלב אדום, אישור רשמי אחר.
צרפתי לבקשתי זו אישור מסוג:

<input type="checkbox"/>	קרן סעיף 2	מס' תיק:
<input type="checkbox"/>	קרן מרכז ומזרח ארופה	מס' תיק:
<input type="checkbox"/>	חוק קצבת הגטאות (ZRBG)	מס' תיק:
<input type="checkbox"/>	קרן הסיוע (פיצוי חד פעמי)	מס' תיק:
<input type="checkbox"/>	הקרן לעובדי כפייה	מס' תיק:
<input type="checkbox"/>	קרן בודפשט	מס' תיק:
<input type="checkbox"/>	BEG	מס' תיק:
<input type="checkbox"/>	הרשות לזכויות ניצולי השואה במשרד האוצר	מס' תיק:
<input type="checkbox"/>	אישור מהצלב האדום	
<input type="checkbox"/>	אחר (יש לציין סוג רנטה): _____	מס' תיק:

3.ב. אם אין בידך אחד מהאישורים כאמור לעיל בסעיף 3א, יש לציין את הרדיפות שסבלת מהן בזמן התקופה הנאצית. על ההצהרה לכלול שם מלא של הניצול, שמות קודמים מלאים (שם, שם משפחה, שם נעורים- במידת האפשר), תאריך לידה, מקום לידה (לפרט עיר/עירייה וארץ), תאריך הגירה ממרכז/ מזרח ארופה או מברית המועצות לשעבר, וכן פירוט על מקום, תאריך וסוג הרדיפה (יש לשים לב, במידה והפונה ברח או פונה במהלך המלחמה, יש לציין מהיכן באיזה חודש ושנה).

רחוב תובל 5 (בית צרפת) 67897 ת"א. מען למכתבים: ת.ד. 7197 ת"א, 64734

טל: 03-6090866 פקס: 03-6968294



הנני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים.

תאריך

חתימה

ת.ז.

שם הפונה

כתב הסכמה

ברשותנו מידע אישי מפורט אודותיך, אודות מצבך הכלכלי, מצב בריאותך ופרטים על רדיפות הנאצים שהיו מנת חלקך (להלן "הפרטים האישיים"). מידע זה, הוא חיוני, ונעשה בו שימוש, גם על מנת לקבוע את זכאותך לקבלת שירותים בהתאם להנחיות ועידת התביעות (להלן: "ועידת התביעות"), לצורך קיום מטרות הקרן לרווחה לניצולי שואה בישראל (להלן: "הקרן"), ולצורך שיתופי פעולה עם גורמים שונים במטרה לסייע לניצולי שואה.

איך נשתמש בפרטיך האישיים?

הקרן תשתמש במידע שנמסר על ידך על מנת להעריך אם אתה זכאי לקבלת ההטבות על פי תכניות סיוע שונות ולצורך שיתוף מידע מול גופים שונים. כמו כן הקרן תמשיך בשמירת רישומים על השירותים וההטבות שתספק לך. נבהיר כי על פי חוקי הגנת הפרטיות חלה על הקרן חובה משפטית לנקוט בכל הצעדים לשמירת פרטי המידע האישי שלך באופן הבטוח ביותר על פי מיטב ידיעתנו ואמונתנו.

העברת פרטי המידע האישי לגורמים אחרים

תנאי מוקדם למימון השירותים וההטבות שמקורם בתמיכת ועידת התביעות, הוא שגם הגורם המממן (כגון ממשלת גרמניה) וגם ועידת התביעות יקבלו העתקים מהפרטים האישיים של מקבלי הסיוע, הקרן תהיה מחויבת להעביר העתקים של פרטיך האישיים לוועידת התביעות באופן ישיר או באמצעותה לגורמים המממנים. נבהיר כי גם על כל מי שיקבל מידע אודותיך חלה חובה משפטית להבטיח, על פי מיטב ידיעתם ואמונתם, שפרטיך האישיים יישמרו בצורה נאותה ולהשתמש בהם רק למטרת סיוע לך כולל אימות, בקרה ופיקוח על זכאותך להטבות הניתנות

אימות חיצוני

הקרן, ועידת התביעות (ונציגיה המוסמכים) יהיו זכאים לבדוק את פרטיך האישיים, המוחזקים על ידי מוסדות ממשלתיים, בתי משפט, ארכיונים ומוסדות בגרמניה ובכל מקום אחר ולהעביר את המידע לכל גורם אחר. על ידי חתימתך על כתב זה להלן, אתה מסמיך את הקרן לקבל את הפרטים האישיים ולהעבירם לגורמים שלישיים לצורך קיום מטרות הקרן ולצורך שיתופי פעולה שונים. בנוסף, אתה מסמיך את ועידת התביעות, בין היתר, להתחייב לבצע את הבקרה הנ"ל.

מבלי לגרוע מהאמור בכתב ההסכמה דלעיל בחתימתי זו הנני מצהיר כדלקמן

אני מסמיך אתכם לקבל ולתת 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 לסחיות 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 זכאותי לקבל תוספת 9 שעות סיעוד במימון הקרן תלויה, בין היתר, בכך שלא קיבלתי ולא אקבל מענק ו/או החזר מכל



הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.)

The Foundation for the Benefit of Holocaust victims in Israel

גורם אחר בגין הוצאות אלה. לפיכך הריני להצהיר כי לא ביקשתי בעבר מכל גורם שהוא החזר עבור תוספת 9 שעות סיעוד במימון הקרן בגין מתבצעת פנייתי זו לקרן וכי אין בכוונתי להגיש בקשה כאמור בעתיד אם פנייתי אליכם תיענה. אם אקבל בעתיד מכל גורם שהוא החזר בגין תוספת 9 שעות סיעוד במימון הקרן, אני מתחייב להחזיר לקרן את סכום המענק/ההחזר שאקבל בעבור ההוצאות הנ"ל".

אני מאשר בזה שקראתי והבנתי את תוכן כתב ההסכמה וההצהרה דלעיל על כל פרטיהם והנני מסכים לאמור בו.

תאריך

חתימה

תעודת זהות

שם המטופל