



הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע"ר)

The Foundation for the Benefit of Holocaust Victims in Israel

In cooperation with the claims conference

בשיתוף עם ועידת התביעות

הנחיות להגשת בקשה לתוספת 9 שעות סיעוד

(אוגוסט 2011)

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.

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 או בן משפחה בתוספת הסבר.
 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 הנך 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.
- יש להגיש הבקשה בדואר למשרדי הקרן בשלמות ובצירוף כל המסמכים הדרושים.**
- לידיעתך הליך הגשת הבקשה לקרן הוא בחינם ואינו כרוך בתשלום כלשהו.**

רחוב תובל 5, (בית צרפת, קומה 1) ת"א. מען למכתבים: ת.ד. 7197 ת"א, 67897

טל: 03-6090866 פקס: 03-6968294 www.k-shoa.org info@k-shoa.org



הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע"ר)

The Foundation for the Benefit of Holocaust Victims in Israel

In cooperation with the claims conference

בשיתוף עם ועידת התביעות

טופס בקשה לשעות סיעוד

(אוגוסט 2011)

1. פרטי המבקש ומצב סוציאלי: (נא צרף צילום של תעודת הזהות)

א. מס' ת.ז. / _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____

ב. שם משפחה בלטינית _____ שם פרטי בלטינית _____ מין: זכר / נקבה

ג. רחוב _____ מס' בית _____ עיר _____ טל: _____

ד. שנת לידה _____ מקום לידה _____ שנת עליה _____ מצב משפחתי _____

ה. מס' ילדים _____ נא לציין במידה ואין ילדים או שכל הילדים מתגוררים בחו"ל (עירי).

ו. נא להקיף בעיגול: בן/בת הזוג מקבל/ת מהקרן 9 שעות סיעוד שבועיות כן / לא.

ז. שם וטלפון של איש קשר: _____

ח. נא להקיף בעיגול: א. גר לבד ב. עם בן משפחה ג. עם עובד זר ד. מחוץ לבית: מוסד / דיור מוגן

2. כיצד עברת את השואה (נא לציין תאריכים ושמות מחנות/גיטאות או אחר, ניתן להוסיף דף פירוט):

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

רנטה מגרמניה, תגמולים ממשרד האוצר בגין נכי רדיפה, פיצוי חד פעמי, אישור מהצלב האדום, אישור רשמי אחר. צירפתי לבקשתי זו אישור מסוג: _____

4. נא 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 הבטחון בהיקף 66 שעות חודשיות לפחות. צירפתי לבקשתי זו אישור מסוג: _____

אם מדובר באישור זמני, נא לפרט: האישור בתוקף עד: ____ / ____ / ____

נא לציין שם וכתובת של חברת הסיעוד (מוכרת ע"י המוסד לבטוח לאומי): _____

5. הצהרה, 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 לסודיות 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 גורם אחר בגין הוצאות אלה. לפיכך הריני להצהיר כי לא ביקשתי בעבר מכל גורם שהוא החזר עבור תוספת 9 שעות סיעוד במימון הקרן בגינן 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."

תאריך: _____ שם החותם: _____ חתימה: _____

רחוב תובל 5, (בית צרפת, קומה 1) ת"א. מען למכתבים: ת.ד. 7197 ת"א, 67897

טל: 03-6090866 פקס: 03-6968294 www.k-shoa.org info@k-shoa.org