

דף הסבר לחבר הפונה בבקשה לסיוע מ"קרן הרווחה" של "קרן מכבי"

חברה יקרה/ה

עמותת "קרן מכבי" מסייעת לחבריה אשר הכנסתם הינה מתחת לקו העוני או קרוב אליו כהגדרתו בביטוח הלאומי אשר זקוקים לסיוע במימון טיפולים רפואיים. העזרה תינתן במענק ו/או הלוואה צמודה למדד ללא ריבית.

פניות החברים נבדקות תוך התייחסות למצב הבריאותי והתחשבות במצב הכלכלי, הסוציאלי וכן לוותק החבר בעמותה (בעלי וותק של שנתיים רצופות לפחות במועד הפנייה).

לטופס הפניה יש לצרף את המסמכים הבאים:

- טופס הצהרה על הכנסות מלא וחתום+אישורי הכנסות (שלושה תלושי שכר אחרונים של שני בני הזוג ו/או כל אישור מקביל על גובה ההכנסות הכוללות)
- מסמכים רפואיים המתייחסים למצב הבריאותי- בציון אבחנות רפואיות.
- הפניה מגורם רפואי/ פארה רפואי של מכבי, המפרטת את הסיוע המבוקש לו נזקק מגיש הבקשה.
- הצעת מחיר על הסיוע המבוקש (חשבונית מס במידה וכבר שולם).

ועדת הרווחה רשאית לבקש תדפיסי בנק במידה ויידרש.

לידיעתך, הטיפול בבקשת הסיוע יתבצע רק לאחר העברת כלל הטפסים והמסמכים הנדרשים בשלמותם. הגשת הפנייה תיעשה באמצעות סניף מכבי הקרוב למקום מגוריך, בצירוף המסמכים כמצוין לעיל. משך הטיפול הצפוי בבקשה: כחודש ימים ממועד הגעת הבקשה עם כלל המסמכים לוועדה.

במידה ויאושר הסיוע ע"י קרן הרווחה של קרן מכבי יזוכה חשבון הבנק ממנו נגבים דמי החבר.

סיוע בגין תרופות יוענק במעמד הרכישה בבית המרקחת שבהסדר עם מכבי, באופן אוטומטי ללא צורך בהעברת קבלות. זאת למעט בתי מרקחת סופר פארם.

מידע נוסף אודות היקף הסיוע והקריטריונים המנחים ניתן לראות באתר האינטרנט בכתובת:

. www.keren-maccabi.co.il

את טופס הבקשה יש למלא בעברית בלבד.

בברכת בריאות שלמה,

"קרן מכבי"

טופס פנייה ל"קרן הרווחה" של "קרן מכבי"

א. פרטי מגיש הבקשה

1. תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	עיסוק
				ז / נ	ר / נ / ג / א / פ	
רחוב	מס' בית	שכונה	עיר	טלפון	טלפון נייד	דוא"ל

ב. פרטי בן / בת הזוג

1. תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	עיסוק
				ז / נ	ר / נ / ג / א / פ	
רחוב	מס' בית	שכונה	עיר	טלפון	טלפון נייד	דוא"ל

ג. פרטי בני משפחה נוספים בגינם מוגשת הבקשה

1. תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	מין	הערות
				ז / נ	
2. תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	מין	הערות
				ז / נ	
3. תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	מין	הערות
				ז / נ	
4. תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	מין	הערות
				ז / נ	

ד. מס' נפשות במשפחה (ילדים – מתחת לגיל 18 בלבד) _____

פירוט קצר של הבקשה

האם ההוצאה שוטפת / חד פעמית _____

סה"כ גובה ההוצאות הצפוי _____

תאריך ההוצאה _____

במקרה שפנית לגורמים נוספים (חברת ביטוח, מגן כסף/ זהב ועוד) בבקשה לסיוע במימון, אנא ציין
הגורמים וגובה הסיוע

(נא לצרף העתק תשובתם לפנייתך).

שם מגיש הבקשה _____

הקרבה לחבר _____

חתימת מגיש הבקשה _____

תאריך _____

הצהרת הכנסות

פרטים על הכנסות:

שכיר: יצרף תלושי משכורת של 3 חודשים אחרונים ומסמכים נוספים בהתאם לסוג ההכנסה.
עצמאי: יצרף צילום דו"ח שומה ואישור הכנסות מרו"ח.

בן/בת הזוג		החבר המצהיר		מקור הכנסה
נכון לתקופה	הכנסה חודשית ברוטו	נכון לתקופה	הכנסה חודשית ברוטו	
				1. שכיר: משרה ראשית
				משרה משנית
				2. עצמאי (מלאכה, עסק, שותפות, מסחר)
				3. פנסיה בישראל (כולל קופות גמל)
				4. דמי שכירות (בית או נכסים אחרים)
				5. פנסיה מחו"ל (כולל רנטה או תשלומים)
				6. תגמולים ממשרד הביטחון
				7. קצבה מביטוח לאומי (זקנה, שארים, נכות, השלמת הכנסה אבטלה, ילדים, קצבת ילד נכה, אבטלה, שירותים מיוחדים וכו')
				8. מקור אחר (סיוע ממשרד השיכון, מזונות, "כולל" וכו')
				סה"כ הכנסות חודשיות ברוטו

מקבל קצבה: יצרף אישורי ביטוח לאומי.

הצהרה

אני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים וכי אין לחבר המצהיר ולבת/ בן הזוג הכנסה מלבד אלו שפורטו לעיל ואני מרשה ל"קרן מכבי" לבדוק את נכונותם. ידוע לי כי מסירת פרטים בלתי נכונים משחררת את "קרן מכבי" מכל התחייביותיה כלפי המבקש וכי אחויב לשאת בכל הפסד כספי שיגרם ל"קרן מכבי" עקב הצהרתי זו.

תאריך: _____ שם פרטי ומשפחה: _____ ת.ז: _____ קרבה למבקש: _____
 חתימה _____