

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 ליהודים נפגעי רדיפות הנאצים העונים להגדרה של יהודי נפגע רדיפות הנאצים כפי שהוגדר ע"י ממשלת גרמניה. בנוסף, הינך חייב/ת לעמוד באחד מהקריטריונים הבאים:

1. הינך מקבל גמלת סיעוד מלאה בכסף מהמוסד לביטוח הלאומי ובעל ניקוד של 6 נקודות ומעלה במבחן התלות;
2. הינך מקבלי גמלת סיעוד חלקית בכסף או בשירות 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.
3. 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 אישור לקבלת גמלת סיעוד מהמוסד לביטוח הלאומי בכדי לקחת חלק בתוכנית יש למלא הטופס באנגלית במלואו ולשלוח חזרה את המקור בדואר או במסירה ידנית. מומלץ לצרף העתק של תעודת זהות של הפונה. הסכום החודשי אותו תקבל תלוי בזכאותך כפי שמפורט בסעיפים 1-3 מעלה.

פרטים אישיים:				
ENGLISH FIRST NAME		ENGLISH LAST NAME		
«First_Name»		«Last_Name»		
Israel GOV. ID number	Gender	שם פרטי - בעברית		שם משפחה - בעברית
«Israeli_Id»	M F	«Hebrew_First_Name»		«Hebrew_Last_Name»
Zip Code	City Name	Apartment №	House №	Street Name
«Zip»	«City»			«Address»
Birth Date		Phone Number		
«BirthDate» שנה / חודש / יום		«Phone»		
Date of Immigration		Country of Birth		
שנה / חודש / יום		«Place_of_Birth_Country»		

פרטי בנק:				
(חשבון הבנק חייב לכלול את שמו של ניצול השואה)				
שם בנק	מספר בנק	מספר סניף	כתובת הסניף (רחוב ועיר)	מספר חשבון

בקשה לתוכנית זו תבחן לזכאות אך ורק מיום קבלת הטופס המקורי מלא וחתום במשרדנו. בכדי לזרז את ההליך אנו ממליצים כי הטופס ישלח בדואר אקספרס.

במידה ובקשתך לקבלת גמלה סיעוד בכסף בישראל (ICFS) תאושר ע"י ועידת התביעות אזי:

- 1) הסכום המשולם ע"י ועידת התביעות כולל את שכר העובד וכל ההפרשות הסוציאליות הנדרשות עפ"י חוק.
- 2) יורשים אינם זכאים לסיוע במסגרת תוכנית זו. התשלום יכול להתבצע רק ורק לחשבון הבנק של יהודי נפגע רדיפות הנאצים המבקש את הסיוע.
- 3) 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.
- 4) עליך לדווח מיידית בכתב לועידת התביעות על כל שינוי רלוונטי במצבך לרבות: 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.
- 5) במידה ולא תקבלי אישור על קבלת טופס זה תוך 30 יום מיום שליחתו ו/או לביירוים נוספים ניתן לפנות: 03-5194400 או בדואר לת.ד. 20064 תל אביב מיקוד 6120001.

ויתור:

אני מסמיך 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 שמידע שעשוי לכלול פרטים אישיים שאני מספק יועבר וישמר באופן בינלאומי ומסכים לאפשר לועידת התביעות להשתמש ולשתף בפרטים אלו עם גופים נוספים 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 מצהיר שהפרטים הנ"ל נכונים ומלאים, ידוע לי כי מסירת הצהרת כוזבת ו/או לא מלאה תגרום לביטול זכאותי לסיוע מהקן לאלתר.

שם מלא _____ חתימה _____ תאריך _____