

בקשה לקבלת גמלה בכסף לזכאי גמלת סיעוד

המעסיק מטפל צמוד – בל/2655

לידיעתך

רמת זכאות 1

- נקודות שנצבר בהערכת תלות -2.5 עד 3
- מספר יחידות שירות – 9 שעות בשבוע / 5.5 שעות בשבוע
- מספר יחידות שירות למעסיק עובד זר – לא משפיע

רמת זכאות 2

- נקודות שנצבר בהערכת תלות – 3.5 עד 4.5
- מספר יחידות שירות – 10 שעות בשבוע
- מספר יחידות שירות למעסיק עובד זר – לא משפיע

רמת זכאות 3

- נקודות שנצבר בהערכת תלות – 5 עד 6
- מספר יחידות שירות – 15 שעות בשבוע
- מספר יחידות שירות למעסיק עובד זר – 12 יחידות שירות בשבוע

רמת זכאות 4

- נקודות שנצבר בהערכת תלות – 6.5 עד 7.5
- מספר יחידות שירות – 19 שעות בשבוע
- מספר יחידות שירות למעסיק עובד זר – 16 יחידות שירות בשבוע

רמת זכאות 5

- נקודות שנצבר בהערכת תלות – 8 עד 9
- מספר יחידות שירות – 23 שעות בשבוע
- מספר יחידות שירות למעסיק עובד זר – 19 יחידות בשבוע

רמת זכאות 6

- נקודות שנצבר בהערכת תלות – 9.5 עד 10.5
- מספר יחידות שירות – 28 שעות בשבוע
- מספר יחידות שירות למעסיק עובד זר – 24 יחידות שירות בשבוע

מטפל צמוד

- בקשה לגמלת הסיעוד בכסף ניתן להגיש כאשר הזכאי לגמלת סיעוד מעסיק "עובד זר" או מטפל צמוד תושב ישראל בהיקף של לפחות 6 ימים בשבוע ובכל יום לפחות 12 שעות ביממה.
- המטפלים בזכאי חייבים להיות בגירים מעל גיל 18.
- המטפל אינו יכול להיות "בן משפחה" (הורה, בן זוג, אח, אחות, בן, בת, גיס, גיסה, הוריהם וילדיהם ובני זוגם של כל אחד מאלה) כל אלה אינם יכולים לשמש כמטפלים.

מטפל צמוד זר

- זכאי לגמלת סיעוד המעסיק כמטפל צמוד "עובד זר" חייב לרשום את העובד בלשכה הפרטית להעסקת עובדים זרים, וחייב בהיתר העסקת עובד זר הכולל ציוות של העובד שהוא מעסיק מטעם רשות ההגירה במשרד הפנים.

מעסיק מטפל צמוד תושב ישראל

- מעסיק מטפל צמוד תושב ישראל חייב לצרף חוזה העסקה חתום על ידי המטפל או המטפלים ומקבל הגמלה או בני משפחתו, המפרט את היקף העבודה ותנאי השכר בעבור כל אחד מהמטפלים.

ניצול שואה

- מי שהוכר כנרדף נאצים ע"י ועידת התביעות, הרשות לזכויות ניצולי שואה או חוק הפיצויים הגרמני וכן הוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי כזכאי לגמלת סיעוד של 15 שעות טיפול בשבוע ומעלה עשוי להיות זכאי לתוספת של שעות סיעוד מעבר לשעות הניתנות ע"י המוסד לביטוח לאומי. מי שבחר בקבלת גמלה בכסף יוכל למלא את טופס הפנייה לוועידת התביעות המצורף כנספח א' ולצרפו לטופס בקשה זה (ב.ל. 2655). פרטי הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל: רחוב תובל 5 (בית צרפת, קומה 1), ת"א. מען למכתבים: ת.ד. 7197 ת"א, 67897 טל: 03-6090866 פקס: 03-6968294 או <http://www.k-shoa.org> באינטרנט בכתובת:

גמלת כסף ושירותי סיעוד

- ניתן לשלב, גמלה בכסף וקבלת שירותי סיעוד אחרים מתוך סל השירותים : טיפול אישי בבית ע"י תושב ישראל, משדר מצוקה, מוצרי ספיגה, ביקורים במרכז יום ושירותי כביסה. לשירותי הסיעוד המפורטים קיים שווי כספי אם הבחירה היא שילוב של גמלה בכסף ושל שירותי סיעוד יופחת ערכם של השירותים הנוספים שנבחרו מסכום הגמלה בכסף. לדוגמא: מקבל גמלה בכסף שזכאי לגמלה בסך 3,889 ₪ לחודש, מבקש לשלב מוצרי ספיגה בערך של 200 ₪ לחודש. 200 ₪ יופחתו מסכום הגמלה בכסף שהוא זכאי לה, ולכן יקבל גמלה בסך 3,689 ₪ בנוסף למוצרי הספיגה.

פירוט החלופות הקיימות בכל אחד ממסלולים: גמלה בכסף או בשירותים

רמת זכאות 1

- מספר שעות טיפול אישי בבית בשבוע למי שמעסיק עובד זר ומממש זכאותו באמצעות נותן שירות – 5.5 שעות בשבוע
- סכום הגמלה למי שמעסיק עובד זר ואושרה בקשתו לגמלת כסף – 1,407 ₪ - סכום הגמלה או מספר שעות הטיפול אינו משתנה בשיעורי זכאות אלה באם מועסק עובד זר או מטפל ישראלי צמוד.
- סכום הגמלה למי שמעסיק עובד ישראלי ואושרה בקשתו לגמלה בכסף כולל תוספת למי שאיננו מעסיק עובד זר – 1,407 ₪ - סכום הגמלה או מספר שעות הטיפול אינו משתנה בשיעורי זכאות אלה באם מועסק עובד זר או מטפל ישראלי צמוד.
- מספר שעות טיפול אישי בבית בשבוע למי שמטופל ע"י עובד ישראלי ומממש זכאותו באמצעות נותן שירות כולל תוספת שעות למי שאיננו מעסיק עובד זר – 5.5 שעות.

רמת זכאות 2

- מספר שעות טיפול אישי בבית בשבוע למי שמעסיק עובד זר ומממש זכאותו באמצעות נותן שירות – 10 שעות בשבוע.
- סכום הגמלה למי שמעסיק עובד זר ואושרה בקשתו לגמלת כסף – 2,047 ₪ - סכום הגמלה או מספר שעות הטיפול אינו משתנה בשיעורי זכאות אלה באם מועסק עובד זר או מטפל ישראלי צמוד.
- סכום הגמלה למי שמעסיק עובד ישראלי ואושרה בקשתו לגמלה בכסף כולל תוספת למי שאיננו מעסיק עובד זר – 2,047 ₪ - סכום הגמלה או מספר שעות הטיפול אינו משתנה בשיעורי זכאות אלה באם מועסק עובד זר או מטפל ישראלי צמוד.
- מספר שעות טיפול אישי בבית בשבוע למי שמטופל ע"י עובד ישראלי ומממש זכאותו באמצעות נותן שירות כולל תוספת שעות למי שאיננו מעסיק עובד זר – 10 שעות. סכום הגמלה או מספר שעות הטיפול אינו משתנה בשיעורי זכאות אלה באם מועסק עובד זר או מטפל ישראלי צמוד.

רמת זכאות 3

- מספר שעות טיפול אישי בבית בשבוע למי שמעסיק עובד זר ומממש זכאותו באמצעות נותן שירות – 12 שעות בשבוע.
- סכום הגמלה למי שמעסיק עובד זר ואושרה בקשתו לגמלת כסף – 2,456 ₪.
- סכום הגמלה למי שמעסיק עובד ישראלי ואושרה בקשתו לגמלה בכסף כולל תוספת למי שאיננו מעסיק עובד זר – 3,070 ₪.
- מספר שעות טיפול אישי בבית בשבוע למי שמטופל ע"י עובד ישראלי ומממש זכאותו באמצעות נותן שירות כולל תוספת שעות למי שאיננו מעסיק עובד זר – 15 שעות.

רמת זכאות 4

- מספר שעות טיפול אישי בבית בשבוע למי שמעסיק עובד זר ומממש זכאותו באמצעות נותן שירות – 16 שעות בשבוע.
- סכום הגמלה למי שמעסיק עובד זר ואושרה בקשתו לגמלת כסף – 3,275 ₪.
- סכום הגמלה למי שמעסיק עובד ישראלי ואושרה בקשתו לגמלה בכסף כולל תוספת למי שאיננו מעסיק עובד זר – 3,889 ₪.
- מספר שעות טיפול אישי בבית בשבוע למי שמטופל ע"י עובד ישראלי ומממש זכאותו באמצעות נותן שירות כולל תוספת שעות למי שאיננו מעסיק עובד זר – 19 שעות.

רמת זכאות 5

- מספר שעות טיפול אישי בבית בשבוע למי שמעסיק עובד זר ומממש זכאותו באמצעות נותן שירות – 19 שעות בשבוע.
- סכום הגמלה למי שמעסיק עובד זר ואושרה בקשתו לגמלת כסף – 3,889 ₪.

- סכום הגמלה למי שמעסיק עובד ישראלי ואושרה בקשתו לגמלה בכסף כולל תוספת למי שאיננו מעסיק עובד זר – 4,708 ₪.
- מספר שעות טיפול אישי בבית בשבוע למי שמטופל ע"י עובד ישראלי ומממש זכאותו באמצעות נותן שירות כולל תוספת שעות למי שאיננו מעסיק עובד זר – 23 שעות.

רמת זכאות 6

- מספר שעות טיפול אישי בבית בשבוע למי שמעסיק עובד זר ומממש זכאותו באמצעות נותן שירות – 24 שעות בשבוע.
- סכום הגמלה למי שמעסיק עובד זר ואושרה בקשתו לגמלת כסף – 4,912 ₪.
- סכום הגמלה למי שמעסיק עובד ישראלי ואושרה בקשתו לגמלה בכסף כולל תוספת למי שאיננו מעסיק עובד זר – 5,731 ₪.
- מספר שעות טיפול אישי בבית בשבוע למי שמטופל ע"י עובד ישראלי ומממש זכאותו באמצעות נותן שירות כולל תוספת שעות למי שאיננו מעסיק עובד זר – 28 שעות.

- ❖ נתוני הטבלה מעודכנים נכון לחודש נובמבר 2018. הסכומים משתנים מעת לעת.
- ❖ מי שגמלתו מופחתת בגין הכנסות גבוהות זכאי למחצית השעות או הכסף לפי רמת הזכאות.

שווים של שירותי הסיעוד בשעות טיפול בשבוע/ יחידות שירות

- א.
- פריט שירות - יום ביקור במרכז יום
 - רמות הגמלה – 1-3
 - שווי בשעות טיפול בשבוע – 2 שעות
- ב.
- פריט שירות - יום ביקור במרכז יום
 - רמות הגמלה – 4-6
 - שווי בשעות טיפול בשבוע – 2.75 שעות
- ג.
- פריט שירות - משדר מצוקה
 - רמות הגמלה – בכל רמות הגמלה
 - שווי בשעות טיפול בשבוע – 0.25 שעות
- ד.
- פריט שירות – מוצרי ספיגה
 - רמות הגמלה – בכל רמות הגמלה
 - שווי בשעות טיפול בשבוע – תלוי בסוג מוצר הספיגה. רשימת מופרטת מופיעה באתר האינטרנט www.btl.gov.il
- ה.
- פריט שירות – שירותי כביסה
 - רמות הגמלה – בכל רמות הגמלה
 - שווי בשעות טיפול בשבוע - בהתאם למשקל. רשימה מופרטת מופיעה באתר האינטרנט www.btl.gov.il

❖ לפרטים נוספים ולמידע לגבי שיעורי הגמלה העדכניים, ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

חובות כמעסיק

- למקבל גמלה בכסף או כמקבל גמלה בכסף בשילוב עם שירותי סיעוד יש חובות כמעסיק על פי הקבוע בחוק לרבות רכישת ביטוח רפואי לעובד, דיווח ותשלום לביטוח לאומי וכן שמירה על זכויותיו הסוציאליות. וחיתכם, דיווח ותשלום לביטוח לאומי ניתן לבצע באמצעות שירותי התשלומים ודיווחים באתר האינטרנט המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il
- את כל המידע בנושא זכויות וחובות העובדים הזרים ניתן לקבל ב"זכותונים" לעובדים הזרים באתר האינטרנט של משרד הכלכלה www.moital.gov.il
- מידע מקיף ניתן לקבל גם בלשכה הפרטית להעסקת עובדים זרים.

כיצד יש להגיש את הבקשה לגמלה בכסף

- את טופס התביעה ניתן לשלוח יחד עם מסמכים נלווים באופן מקוון באמצעות אתר האינטרנט של המוסד, לשלוח בדואר או למסור בסניף הקרוב למקום מגוריך או למסור בסניף הקרוב למקום מגוריך.
- לצורך קבלת סיוע במילוי טופס הבקשה, ניתן לשאיר הודעה במחלקת ייעוץ לקשיש בסניפי המוסד לביטוח לאומי בטלפון: 9696 * או 02-6463400.

חזרה לשירותי סיעוד

- מי שאושרה לו גמלה בכסף יוכל לשוב ולבחור בכל עת לקבל את גמלת הסיעוד באמצעות "נותן שירותים" - היינו ארגון שיעסיק את המטפל הצמוד בשעות הסיעוד בהתאם לשיעור הזכאות שנקבע לו. יש להודיע על כך בכתב למוסד (ראה רשימת כתובות ומספרי פקס של מחלקות הסיעוד בסניפי המוסד לביטוח לאומי, בטופס זה) או באמצעות השארת הודעה במענה קולי במספר 02-6463888. במקרה זה, מקבל הגמלה ממשיך להיחשב כמעסיק לכל דבר ועניין לגבי שעות עבודתו של העובד שהן מעבר לשעות הזכאות.
- המוסד רשאי לשנות את החלטתו ולהפסיק את מתן הגמלה בכסף אם לא התקיימו תנאי החוק או ממצאי בקרה יצביעו על ליקויים בטיפול או חריגות בהתנהלות.

ברורים ושינויים בפרטים

- חובה להודיע למוסד לביטוח לאומי על פי הכתובות ומספרי פקס על כל שינוי בנתונים שנמסרו למוסד בבקשה לקבלת הגמלה בכסף, כולל זהות המטפלים והן לגבי היקף ההעסקה.
- שאלות וברורים ניתן להפנות בפקס למחלקת הסיעוד בסניף המטפל.

חובה לחתום על טופס הבקשה

כתובות ומספרי פקס של מחלקות הסיעוד בסניפי המוסד לביטוח לאומי

אשדוד, רח' הבנים 14, 08-8686723
אשקלון, רח' הנשיא 101, 08-6711173
באר שבע, שד' שזר 31, בניין פריזמה, 08-6295385. למשלוח מכתבים - רח' וולפסון 6 ת"ד 674
בני ברק, רח' אהרונוביץ 12, 03-6152980
חדרה, רח' הלל יפה 7א, 04-6328084
חולון, רח' פנחס לבון 26, 03-5022483
חיפה, שד' פל"ים 8, 04-8134959
טבריה, רח' הופיין 1, 04-6721848
יפו, רח' התקומה 30, 03-5127176
ירושלים, רח' שמעון בן שטח 4, 02-6755592
כפר סבא, רח' ויצמן 39, 09-7478216
כרמיאל, רח' נשיאי ישראל 11, 04-9907849
נהריה, רח' ויצמן 62, 04-9528123
נצרת, רח' המחצבות 3 אזור תעשייה נצרת, 04-6027420
נתניה, רח' הרצל 68, 09-8602759
עפולה, רח' מנחם 1, 04-6529227
פתח תקווה, רח' רוטשילד 72, 03-9114857
קריות, רחי אחי אילת 50 קריית חיים, 04-8467616, 04-8467551
ראשל"צ, רח' ישראל גלילי 7, 03-9426781
רחובות, רח' רמז 64, 08-9345955
רמלה, רח' דני מס 11, 08-9777471
רמת גן, רח' החשמונאים 15, 03-6751901
תל אביב, רח' יצחק שדה 17, 03-6250129

טופס זה מנוסח בלשון זכר, אך פונה לנשים ולגברים כאחד.

בקשה לקבלת גמלה בכסף לזכאי גמלת סיעוד המעסיק מטפל צמוד – בל / 2655

1. פרטי מגיש הבקשה

- שם משפחה
- שם פרטי
- מספר זהות
- כתובת (השומה במשרד הפנים)
 - רחוב / תא דואר
 - מספר בית, כניסה, דירה
 - יישוב
 - מיקוד
- טלפון קווי
- טלפון נייד
 - אני מאשר קבלת הודעת sms
- אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט, דואר אלקטרוני _____@
- מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)
 - רחוב / תא דואר
 - מספר בית
 - כניסה
 - דירה
 - יישוב
 - מיקוד

2. פרטי מטפלים

- שם
- ת.ז. / דרכון
- קרבה / קשר
- שנת לידה
- מין
- מטפל צמוד: תושב זר או תושב ישראל
- תאריך תחילת עבודה

3. פרישת תכנית הטיפול למעסיק מטפלים תושבי ישראל בלבד

נא פרט את שעות העבודה של כל מטפל ישראלי. יש לצרף חוזה עבודה של כל מטפל הרשום מטה

- שם המטפל _____
- שמני טיפול
- יום ראשון, משעה _____ עד שעה _____
- יום שני, משעה _____ עד שעה _____
- יום שלישי, משעה _____ עד שעה _____
- יום רביעי, משעה _____ עד שעה _____
- יום חמישי, משעה _____ עד שעה _____
- יום שישי, משעה _____ עד שעה _____
- יום שבת, משעה _____ עד שעה _____

4. שילוב של גמלה בכסף ושירותי סיעוד

באפשרותך לשלב גמלה בכסף ושירותי סיעוד בו בזמן - ראה הסבר בדף המידע.

(ימלא רק מי שמעוניין בשילוב גמלה בכסף ושירותי סיעוד)

- אני מעוניין לקבל גמלה בכסף ואת השירותים הבאים[Ⓜ] (סמן ליד השירותים הרצויים)
 - טיפול אישי בבית באמצעות חברה נותנת שירותים
 - משדר מצוקה
 - מוצרי ספיגה
 - מרכז יום
 - שירותי כביסה

5. פרטי חשבון הבנק של מגיש הבקשה

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין בקשה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

- שמות בעלי החשבון
 - שם הבנק
 - שם הסניף / כתובתו
 - מס' סניף
 - מספר חשבון

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

סוג הקרבה שלי למקבל הגמלה: בן/בת זוג הורה בן/בת אח/אחות אחר: _____

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים, שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

תאריך _____ חתימת מקבל הגמלה _____ חתימת / חתימות השותפים לחשבון _____

6. הבקשה הוגשה ביוזמת (למלא כאשר היוזם אינו המבקש ומשפחתו)

- שם משפחה
- טלפון
- קשר למבקש הגמלה

7. הצהרת המבקש

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בבקשת הגמלה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בבקשה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי שכל הפרה של התנאים לקבלת מטפל צמוד תביא להפסקה מידית של האישור.

שם משפחה _____ תאריך _____ חתימת המבקש _____

8. הצהרת מגיש הבקשה שאינו המבקש

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בבקשה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בבקשה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על הזכאות לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי שכל הפרה של התנאים לקבלת מטפל צמוד תביא להפסקה מיידית של האישור.

שם ושם משפחה _____ כתובת _____

הקשר למבקש _____ תאריך _____ חתימת המבקש _____

בקשה לוועידת התביעות (גמלת סיעוד בכסף)

אין צורך לשלם בכדי לפנות לתוכנית זו. אינך צריך לשלם לאף אחד עבור טופס זה או עבור סיוע במיליון. רק מי שהוכרו על ידי ועידת התביעות כנרדפי נאצים ושהוכרו על ידי הביטוח הלאומי לגמלת סיעוד בכסף ברמה של לפחות 150%, עשויים להיות חלק מתוכנית זו. יש למלא הטופס באנגלית, למלא אותו במלואו ולשלוח חזרה את מקור בדואר או במסירה ידנית. מומלץ לצרף העתק של תעודת הזהות של הפונה

- ENGLISH FIRST NAME
- ENGLISH LAST NAME
- Israel GOV. ID number
- M/F Gender
- שם פרטי - בעברית
- שם משפחה - בעברית
- Street Name
- House №
- Apartment №
- City Name
- Zip Code
- Birth Date
- Phone Number
- Country of Birth
- Date of Immigration
- פרטי בנק (חשבון הבנק אמור לכלול את שמו של ניצול השואה)
 - מס' חשבון
 - מס' סניף
 - כתובת הסניף
 - שם הבנק

לתשומת לבך, זכאותך לתוכנית זו תיחשב אך ורק מיום קבלת הטופס המקרי במשרדנו בכדי לזרז את ההליך אנו ממליצים כי הטופס ישלח בדואר אקספרס או רשום.

במידה ובקשתך לקבלת גמלה 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. כל החובות התשלומים בגין העסקת המטפל הממומנים ע"י ועידת התביעות הינם **באחריות המלאה והבלעדית** של מקבל הסיוע ולא הפונה.

3. עליך לדווח מידיית בכתב לוועידת 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 לוועידת התביעות הזכות לדרוש או ולתבוע סכומים ששולמו עקב כך חזרה.

4. במידה ולא תקבל אישור על קבלת טופס זה תוך 30 יום מיום שליחתו ו/או לבירורים נוספים ניתן לפנות: 03-5194400 או בדואר לת.ד 20064 תל אביב מיקוד 6120001.

ועידת התביעות לא תישא כל אחריות בגין חובות לצד שלישי בכלל ולמטפל בפרט

ויתור סודיות :

אני מסמיך את ועידת התביעות לקבל ולתת כל מידע אישי הנדרש לצורך קביעת זכאות למימון שעות הסיעוד וביצעו, מכל 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.

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 וניתן לי עפ"י שיקול דעתה של ועידת התביעות בלבד, השומרת לעצמה את הזכות להמשיך, להפסיק או לשנות את הסיוע.

לא תהיה לי כל תביעה כנגד ועידת התביעות בקשר לפנייתי זו.

הנני מצהיר שהפרטים הנ"ל נכונים ומלאים, ידוע לי כי מסירת הצהרת כוזבת ו/או לא מלאה תגרום לביטול זכאותי לסיוע.

שם מלא _____ חתימה _____ תאריך _____

ועידת התביעות

ת.ד. 6120001 20064