

טופס בקשה לוועידת התביעות (גמלה סיעוד בכסף)

אין צורך לשלם בכדי לפנות לתוכנית זו. אינך צריכה לשלם לאף אחד עבור טופס זה או עבור סיוע במילוי. יש לציין שהגשת טופס זה איננה מהווה זכאות לסיוע. סיוע זה מתאפשר אך ורק לניצולי שואה יהודיים המוכרים על ידי ועידת התביעות ומקבלי גמלת סיעוד בכסף מהמוסד לביטוח הלאומי ובעלי נקוד של 6 נקודות במבחן התלות; וללא הפחתת שעות בשל הכנסות.

יש למלא הטופס באנגלית, למלא אותו במלואו ולשלוח חזרה את המקור בדואר או במסירה ידנית. מומלץ לצרף העתק של תעודת הזהות של הפונה.

פרטים אישיים:				
ENGLISH FIRST NAME		ENGLISH LAST NAME		
Israel GOV. ID number	Gender	שם פרטי - בעברית		שם משפחה - בעברית
	M F			
Zip Code	City Name	Apartment №	House №	Street Name
Birth Date		Phone Number		
יום / חודש / שנה				
Date of Immigration		Country of Birth		
יום / חודש / שנה				
פרטי בנק:				
(חשבון הבנק חייב לכלול את שמו של ניצול השואה)				
שם בנק	מספר בנק	מספר סניף	כתובת הסניף (רחוב ועיר)	מספר חשבון

לתשומת ליבך, הבקשה לתוכנית זו תחשב לזכאות 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) יורשים אינם זכאים לסיוע במסגרת תוכנית זו. תוספת שעות הסיעוד כגמלה בכסף יכולה להתבצע רק לחשבון הבנק של ניצול השואה מבקש את הסיוע.
- 3) כל החובות התשלומים בגין העסקת המטפל הממומנים ע"י ועידת התביעות הינם באחריותו המלאה והבלעדית של מקבל הסיוע ולא הפונה. ועידת התביעות לא תישא כל אחריות בגין חובות לצד שלישי בכלל ולמטפל בפרט.
- 4) 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.
- 5) במידה ולא תקבלי אישור על קבלת טופס זה תוך 30 יום מיום שליחתו ו/או לביהורים 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 לוועידת 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 מהקרה לאלתר.

שם מלא _____ חתימה _____ תאריך _____