תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**בקשה לסיוע כספי לניצולי שואה יוצאי אוסטריה**

**שם משפחה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מין \_\_\_\_\_\_\_**

**מצב משפחתי \_\_\_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מקום לידה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**שם פרטי ושם משפחה באוסטריה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**כתובת המשפחה באוסטריה (אם ידועה)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**תאריך עזיבת אוסטריה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**כתובת מגורים\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**במידה וממלא הטופס אלמנה או אלמן של ניצול שואה יוצא אוסטריה,**

**נא למלא את פרטי בן/בת הזוג :**

**שם משפחה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מקום לידה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**תאריך לידה \_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך עזיבת אוסטריה \_\_\_\_\_\_\_\_\_תאריך פטירה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**יש לצרף העתק של ת.ז ואישור על סטטוס של "אוסטרי נרדף ע"י הנאצים" (אישור על אזרחות, תעודת לידה או רישום אצל ה-Nationalfonds)**

**והעתק של PVA עבור הרנטה**

**מי זכאי לסיוע**

1. הפונה חייב להיות קורבן יהודי של רדיפות הנאצים, או יהודי שעזב את אוסטריה כדי לברוח מהרדיפות. אנשים אלה או הוריהם שהיו אזרחי אוסטריה או שחיו באוסטריה 10 שנים לפני 13 במרץ 1938 או ילדים שנולדו לפני 9 במאי 1945 להורים שעומדים בקריטריון זה.

2. אלמנים ואלמנות של קורבנות המשטר הנאצי באוסטריה שבני/בנות זוגם/ן עומדים בקריטריונים הנ"ל.

3. חישוב הכנסות לקביעת הזכאות לסיוע יתבצע בהתאם לקריטריונים שפורסמו באוגוסט 2014 המצ"ב.

**מטרות הסיוע:**

ההחזר יתבצע עבור הוצאות רפואיות של הפונה ובן/בת זוגו. **יש לצרף קבלות מקוריות**

הסיוע כולל: ביקורים אצל רופאים מקצועיים, טיפולים רפואיים שונים כולל טיפולי שיניים.

ביטוחי בריאות וביטוח סיעודי באמצעות קופות החולים.

לחצני מצוקה ודמי מנוי לשירותי טלרפואה ושירותי חירום (שח"ל, נטלי וכו'))

עזרים רפואיים ואורטופדיים (מכשירי שמיעה, משקפיים, הליכונים, כסאות גלגלים, מזרונים מיוחדים וכו')

קנייה והתקנה בבית של אביזרים לנכים.

מוצרי ספיגה

טיפול סיעודי ע"י מטפל/ת אישי

**הכנסות וחסכונות**  (נא לפרט ולצרף אישורי הכנסה [

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **סוג הכנסה** | **תובע/ת** | **בן/בת זוג** |
| פנסיה |  |  |
| עבודה בשכר |  |  |
| קצבת זקנה – בטוח לאומי |  |  |
| קצבת זקנה מחו"ל  PVA - DRV |  |  |
| רנטה מחו"ל |  |  |
| אחר |  |  |
| סה"כ |  |  |

**גובה חסכונות (בבנק)**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**הצהרת התובע/ת**

אני, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מרחוב \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מצהיר כי כל המידע והאישורים, שצורפו לבקשתי הם נכונים ואני מתחייב להודיע על כל שינוי במצבי הבריאותי, הכספי והמשפחתי

בנוסף על כך, אני מאשר/ת כי לא קבלתי בעבר ולא אבקש בעתיד, סיוע כספי ממקור כלשהו לאותה מטרה המפורטת בבקשה זו.

תאריך : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**חוות דעת עובד/ת סוציאלי/ת**

למילוי ע"י עובד/ת סוציאלית מטפלת או עובדת סוציאלית בסניפי הארגון בתל אביב, חיפה וירושלים

שם העו"ס\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_