



תאריך: _____

בקשה לקבלת מענק בריאות עבור יתומי צה"ל וכוחות הביטחון

פרטים אישיים

שם מלא: _____ מס' ת.ז: _____ מס' תיק: _____

כתובת מלאה: _____ טלפון: _____ נייד: _____

סטטוס חברות בארגון (סמן) חבר/ לא חבר

פרטים לביצוע העברה בנקאית

שם בעל/ת החשבון: _____ שם הבנק: _____

מספר סניף: _____ מספר חשבון הבנק: _____

*לתשומת ליבכם, חשבון הבנק חייב להיות בבעלות מגיש/ת הבקשה

פירוט סיבת הבקשה

הצהרה - מענק בריאות

1. השתתפות קופת חולים (סמן/י): כן / לא, נא לפרט גובה ההשתתפות: _____

2. השתתפות ביטוח פרטי (סמן/י): כן/ לא, נא לפרט גובה ההשתתפות: _____

3. השתתפות משרד הביטחון (סמן/י): כן/ לא, נא לפרט גובה ההשתתפות: _____

אני, _____, ת.ז. _____, מצהיר/ה בזאת

שכל הפרטים אשר מילאתי עבור קבלת מענק רפואי מארגון אלמנות ויתומי צה"ל הינם נכונים.

חתימה: _____



הוראות חשובות להגשת הבקשה:

זכאויות בהגשת בקשה:

- יתומים בוגרים חברי ארגון בעלי ותק של שנה -טיפול שניניים, טיפולים אלטרנטיביים, ניתוחים
- יתומים בוגרים שאינם חברים בארגון -טיפול שניניים
- יתומים צעירים מעל גיל 18 -טיפול שניניים

גובה מענק מקסימלי:

עד 3,000 ש"ח בשנה

על מנת להגיש בקשה לקבלת מענק רפואי יש להגיש את המסמכים הבאים:

1. הפניית רופא: הפניית רופא בתוקף של עד שנתיים אחורנית מיום בקשת המענק.
2. דרישת תשלום או קבלה מהמרפאה: קבלה עבור טיפולים שבוצעו ושולמו או הצעת מחיר על טיפולים שעתידים להתבצע. במקרה בו נשלחת הצעת מחיר, התשלום יועבר ישירות לגורם המטפל. על הקבלות/הצעת המחיר להכיל את פירוט הטיפול.
3. סכום מינימלי: סכום הקבלות המינימלי להגשה הינו 1,000 ₪.
4. בקשה לקבלת מענק בריאות (הטופס הנ"ל)
5. אישור ניהול חשבון בתוקף (תדפיס בנק בלבד ולא צילום שיק)

הוראות הגשה:

1. יש להגיש את כל המסמכים יחדיו.
2. הוועדה מתקיימת אחת לחודש (לרוב בשבוע השלישי של כל חודש). בהתאם למועד הגשת הבקשה יוחלט לאיזו ועדה להעלות אותה.
3. יש לשלוח את כלל המסמכים באחת מן הדרכים הבאות: באמצעות מייל לכתובת yifat@idfwo.org באמצעות פקס למספר 03-6916483.