



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 שיניים, טיפולים אלטרנטיביים, ניתוחים וייעוץ מומחה.

יתומים צעירים בגילאי – 30 - 18 טיפולי שיניים

גובה מענק מקסימלי:

יתומים בוגרים חברי ארגון:

גובה המענק הוא כ-50% מסך הקבלה ועד 4,000 ₪ בשנה.

יתומים צעירים עד גיל 30:

גובה המענק הוא כ-50% מסך הקבלה ועד 4,000 ₪ בשנה.

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

1. הפניית רופא:

*הפניית רופא עבור טיפולים אלטרנטיביים וניתוחים (לא עבור טיפולי שיניים) בתוקף של עד שנתיים אחורנית מיום בקשת המענק.

2. דרישת תשלום או קבלה מהמרפאה:
החזר הכספים לזכאות לקבלת המענק הינה רק בהגשת קבלות של עד שנה אחורה.

3. טופס מענק רפואי הניתן להורדה באתר



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 maanakim@idfwo.org
או באמצעות פקס למספר 03-6916483.