

דף הסבר לחבר הפונה בבקשה לסייע מ"ק"ן הרווחה" של "קרן מכבי"
Explanatory note for a member applying for assistance to "Keren Harevacha" of
"Keren Maccabi"

The Hebrew version is the binding version.

חברה יקרה/ה

עמותת "קרן מכבי" מסייעת לחבריה אשר הכנסתם הינה מתחת לקו העוני או קרוב אליו כהגדרתו בביטוח
הלאומי אשר זקוקים לסייע במימון טיפולים רפואיים. העזרה תינתן במענק ו/או הלוואה צמודה למדד, ללא
ריבית.

Dear member,

The Association "Keren Maccabi" assists its members whom income is below, or near, the
poverty line as defined by the Bitouach Leumi (National Insurance), who need help financing
medical treatments. This help shall be given through a grant and/or an index-linked loan, with
no interests.

פניות החברים נבדקות תוך התייחסות למצב הבריאותי והתחשבות במצב הכלכלי, הסוציאלי וכן לוותק החבר
בעמותה (בעלי וותק של שנתיים רצופות לפחות במועד הפנייה).
בעלי וותק של שנה רצופה לפחות במועד הפנייה, יוכלו להגיש בקשה למימון תרופות שבסל בלבד.

The members' applications are reviewed while considering their health condition and their
financial and social situation as well as the member's seniority in the association (members with
at least two consecutive years of seniority at the time of the application).

לטופס הפניה יש לצרף את המסמכים הבאים:

The following documents must be enclosed with the application form:

- טופס הצהרה על הכנסות מלא וחתום+אישורי הכנסות (שלושה תלושי שכר אחרונים של שני בני הזוג ו/או
כל אישור מקביל על גובה ההכנסות הכוללות)
- A complete and signed income statement form, as well as an income confirmation (the
last three pay slips of both spouses and/or any confirmation of the total income).
- מסמכים רפואיים המתייחסים למצב הבריאותי- בציון אבחנות רפואיות.
- Medical documents relating to the health condition – mentioning a medical diagnosis.
- הפניה מגורם רפואי/ פארה רפואי של מכבי, המפרטת את הסיוע המבוקש לו נזקק מגיש הבקשה.
- Referral of a medical/paramedical body of Maccabi, describing the assistance requested
by the applicant in need.
- הצעת מחיר על הסיוע המבוקש (חשבונית מס במידה וכבר שולם).
- Price quote for the assistance requested (VAT invoice in case it has already been paid).

ועדת הרווחה רשאית לבקש תדפיסי בנק במידה ויידרש.

The Welfare Committee is authorized to request bank statements if necessary.

לידיעתך, הטיפול בבקשת הסיוע יתבצע רק לאחר העברת כלל הטפסים והמסמכים הנדרשים בשלמותם. הגשת הפנייה תיעשה באמצעות סניף מכבי הקרוב למקום מגוריך, בצירוף המסמכים כמצוין לעיל. משך הטיפול הצפוי בבקשה: כחודש ימים ממועד הגעת הבקשה עם כלל המסמכים לוועדה.

For your information, the processing of the application for assistance is carried out only after all the necessary documents have been provided. The referral shall be submitted at the nearest Maccabi branch, together with the above-mentioned documents. The processing of the application: about one month from the date of receipt of the application by the Committee, together with all the documents.

במידה ויאושר הסיוע ע"י קרן הרווחה של קרן מכבי יזוכה חשבון הבנק ממנו נגבים דמי החבר.

In the event that the application for assistance has been approved by "Keren Harevacha" of Keren Maccabi, the bank account credited will be the same as the one from which the membership fees are debited.

סיוע בגין תרופות יוענק במעמד הרכישה בבית המרקחת שבהסדר עם מכבי, באופן אוטומטי ללא צורך בהעברת קבלות.

The assistance for drugs will be automatically granted at the time of the purchase in a pharmacy which has agreements with Maccabi, without transmitting any receipts.

מידע נוסף אודות היקף הסיוע והקריטריונים המנחים ניתן לראות באתר האינטרנט בכתובת:

www.keren-maccabi.co.il
www.keren-maccabi.co.il/safe

Further information regarding the assistance scope and the criteria applied shall be found in the following websites:

www.keren-maccabi.co.il.
www.keren-maccabi.co.il/safe

בברכת בריאות שלמה,

"קרן מכבי"

Wishing you perfect health,

"Keren Maccabi"

טופס פנייה ל"קֶרֶן הַרוּחָה" של "קֶרֶן מַכְבִּי"

Application form to "Keren Harevacha" of "Keren Maccabi"

א. פרטי מגיש הבקשה

A. Information on the applicant

עיסוק Profession	מצב משפחתי Family situation	מין Gender	תאריך לידה Birthdate	שם משפחה Name	שם פרטי First name	1. תעודת זהות ID number
	ר/נ/ג/א/פ S/M/D/W/S	ז/נ M/F				
דוא"ל Email	טלפון נייד Mobile	טלפון Phone	עיר City	שכונה Neighborhood	מס' בית Apt. number	רחוב Street

ב. פרטי בן / בת הזוג

B. Information on the spouse

עיסוק Profession	מצב משפחתי Family situation	מין Gender	תאריך לידה Birthdate	שם משפחה Name	שם פרטי First name	1. תעודת זהות ID number
	ר/נ/ג/א/פ S/M/D/W/S	ז/נ M/F				
דוא"ל Email	טלפון נייד Mobile	טלפון Phone	עיר City	שכונה Neighborhood	מס' בית Apt. number	רחוב Street

ג. פרטי בני משפחה נוספים גינם מוגשת הבקשה

C. Information on other family members whom the application is submitted for

הערות Comments	מין Gender	תאריך לידה Birthdate	שם משפחה Name	שם פרטי First name	1. תעודת זהות ID number
	M/F				
הערות Comments	מין Gender	תאריך לידה Birthdate	שם משפחה Name	שם פרטי First name	2. תעודת זהות ID number
	M/F				
הערות	מין	תאריך לידה	שם משפחה	שם פרטי	3. תעודת זהות

Comments	Gender	Birthdate	Name	First name	ID number
	M/F				
הערות Comments	מין Gender	תאריך לידה Birthdate	שם משפחה Name	שם פרטי First name	4. תעודת זהות ID number
	M/F				

ד. מס' נפשות במשפחה (ילדים – מתחת לגיל 18 בלבד) _____

D. Number of family members (Children – under the age of 18 only) _____

פירוט קצר של הבקשה

Short description of the application

_____ האם ההוצאה שוטפת / חד פעמית

Is it a current or a one-time expense _____

לידיעתך, לא ניתן להגיש בקשה לסיוע רטרואקטיבי עבור תרופות. בתחומים אחרים, ניתן להגיש בקשה לסיוע עד 3 חודשים רטרואקטיבי מיום הגשת הבקשה.

For your information, you cannot apply retroactively for assistance for drugs. For other requests, you can apply for assistance retroactively up to 3 months from the application.

_____ סה"כ גובה ההוצאות הצפוי

Total amount of the expected expense

תאריך ההוצאה _____

Date of the expense _____

במקרה שפנית לגורמים נוספים (חברת ביטוח, מגן כסף/ זהב ועוד) בבקשה לסיוע במימון, אנא ציין
הגורמים וגובה הסיוע

(נא לצרף העתק תשובתם לפנייתך).

In case you have contacted other bodies (insurance companies, Magen Kessef / Zaav) for a funding assistance, please specify the bodies and the amount of the assistance.

שם מגיש הבקשה _____

הקרבה לחבר _____

חתימת מגיש הבקשה _____

תאריך _____

Name of the applicant _____

Family relationship _____

Signature of the beneficiary _____

Date _____

הצהרת הכנסות

Income statement

פרטים על הכנסות:

Income details:

שכיר: יצרף תלושי משכורת של 3 חודשים אחרונים ומסמכים נוספים בהתאם לסוג ההכנסה.

Employee: Please enclose pay slips for the last 3 months, and other documents according to the type of income.

עצמאי: יצרף צילום דו"ח שומה ואישור הכנסות מרו"ח.

Freelancer: Please enclose a copy of a tax assessment report and an income confirmation from a certified accountant.

מקבל קצבה: יצרף אישורי ביטוח לאומי.

Allowance's beneficiary: Please enclose certificates from the National Insurance (Bitouach Leumi).

בן/בת הזוג Spouse		החבר המצהיר Declaring member		מקור הכנסה Source of income
נכון לתקופה For the period	הכנסה חודשית ברוטו Gross monthly income	נכון לתקופה For the period	הכנסה חודשית ברוטו Gross Monthly income	
				1. שכיר: משרה ראשית Salaried employee Main position
				משרה משנית Secondary position
				2. עצמאי (מלאכה, עסק, שותפות, מסחר) Freelancer (labor, business, partnership, commerce)
				3. פנסיה בישראל (כולל קופות גמל) Pension in Israel (including provident fund)
				4. דמי שכירות (בית או נכסים אחרים) Rent (Property or other assets)
				5. פנסיה מחו"ל (כולל רנטה או תשלומים) Pension from abroad (including rent or fees)
				6. תגמולים ממשרד הביטחון Compensation from the Ministry of Defense
				7. קצבה מביטוח לאומי (זקנה, שארים, נכות, השלמת הכנסה אבטלה, ילדים, קצבת ילד נכה, אבטלה, שירותים מיוחדים וכו') Allowance from the National Insurance (old age, survivors, disability, income supplement, children, disabled child, unemployment, special services, etc.)
				8. מקור אחר (סיוע ממשרד השיכון, מזונות, "כולל" וכו') Other sources (assistance from the Ministry of Housing, child support, "Kolel", etc.)
				סה"כ הכנסות חודשיות ברוטו Total gross monthly income

הצהרה

Statement

אני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים וכי אין לחבר המצהיר ולבת/ בן הזוג הכנסה מלבד אלו שפורטו לעיל ואני מרשה ל"קרן מכבי" לבדוק את נכונותם. ידוע לי כי מסירת פרטים בלתי נכונים משחררת את "קרן מכבי" מכל התחייבויותיה כלפי המבקש וכי אחיוב לשאת בכל הפסד כספי שיגרם ל"קרן מכבי" עקב הצהרתי זו.

I hereby declare that the above information is true and that the declaring member and/or his/her spouse do not have other incomes than the ones described above and I authorize *Keren Maccabi* to check its correctness. I am aware that the communication of false information discharges *Keren Maccabi* from any liability towards the applicant and that I will bear any financial loss caused to *Keren Maccabi* due to my statement.

תאריך: _____ שם פרטי ומשפחה: _____ ת.ז. _____ קרבה למבקש: _____
 חתימה _____

Date: _____ First name and Name: _____ ID Number: _____
 Relationship to the applicant: _____
 Signature: _____