

## דף הסבר לחבר הפונה בבקשה לסיוע מ"קרן הרווחה" של "קרן מכבי"

### Информация для заявителя на получение помощи от Фонда социального обеспечения «Керен Маккаби»

חברה/ יקר/ה

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

Уважаемые друзья!

«Керен Маккаби» оказывает помощь членам организации, которые нуждаются в финансировании медицинского обслуживания и имеют доходы ниже черты бедности или близкие к ней, в соответствии с критериями, определяемыми Службой национального страхования «Битуах Леумי». Помощь выделяется в виде субсидии и / или беспроцентной ссуды с привязкой к индексу.

פניות החברים נבדקות תוך התייחסות למצב הבריאותי והתחשבות במצב הכלכלי, הסוציאלי וכן לוותק החבר בעמותה (בעלי וותק של שנתיים רצופות לפחות במועד הפנייה).

Заявления рассматриваются исходя из состояния здоровья заявителя, материального и социального положения, а также стажа членства (необходимо быть членом организации по крайней мере два года подряд на момент обращения).

לטופס הפניה יש לצרף את המסמכים הבאים:

К заявлению необходимо приложить следующие документы:

- 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)
- Заполненная и подписанная декларация о доходах + справка о доходах (последние три расчетных листа по заработной плате «תלש מסקורת» обоих супругов и / или любые альтернативные справки об общем доходе).
- מסמכים רפואיים המתייחסים למצב הבריאותי- בציון אבחנות רפואיות.
- Медицинские документы о состоянии здоровья – с указанием диагноза
- הפניה מגורם רפואי/ פארה רפואי של מכבי, המפרטת את הסיוע המבוקש לו נזקק מגיש הבקשה.
- Направление врача / парамедика «Маккаби» с указанием вида помощи, в которой нуждается заявитель.
- הצעת מחיר על הסיוע המבוקש (חשבונית מס במידה וכבר שולם).
- Стоимость запрашиваемой медицинской услуги (счет фактура «חשבונת מס», если счет уже оплачен).

**ועדת הרווחה רשאית לבקש תדפיסי בנק במידה ויידרש.**

При необходимости комиссия по социальному обеспечению может потребовать выписку из банковского счета.

**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.**

Важно: заявление на получение помощи будет рассматриваться только после предоставления всех необходимых форм и документов в полном объеме.

Подавать заявление следует в ближайший к вам филиал «Маккаби», приложив выше упомянутые документы.

Ожидаемая продолжительность рассмотрения заявки: один месяц со дня подачи в комиссию заявления с приложением всех необходимых документов.

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

Если Фонд социального обеспечения «Керен Маккаби» утверждает заявление о предоставлении помощи, на банковский счет, с которого взимаются членские взносы, будут перечислены денежные средства.

**סיוע בגין תרופות יוענק במעמד הרכישה בבית המרקחת שבהסדר עם מכבי, באופן אוטומטי ללא צורך בהעברת קבלות. זאת למעט בתי מרקחת סופר פארם.**

Помощь при покупке лекарственных препаратов предоставляется автоматически в момент их покупки в аптеках, имеющих соглашение с «Маккаби», без предъявления квитанций.

Исключением являются аптеки сети «Супер- Фарм».

**מידע נוסף אודות היקף הסיוע והקריטריונים המנחים ניתן לראות באתר האינטרנט בכתובת:  
www.keren-maccabi.co.il**

Более подробную информацию о размере и критериях предоставления помощи можно получить на веб-сайте по адресу:

**www.keren-maccabi.co.il**

**את טופס הבקשה יש למלא בעברית בלבד.**

Заявление заполняется только на иврите.

בברכת בריאות שלמה,

Желаем Вам здоровья

**"קרן מכבי"  
«Керен Маккаби»**

**טופס פנייה ל"קרן הרווחה" של "קרן מכבי"**

**Заявление в Фонд социального обеспечения «Керен Маккаби»**

את טופס הבקשה יש למלא בעברית בלבד.

Заявление заполняется только на иврите.

**א. פרטי מגיש הבקשה**  
 Информация о заявителе

עיסוק Род занятий	מצב משפחתי Семейное положение	מין Пол	תאריך לידה Дата рождения	שם משפחה Фамилия	שם פרטי Имя	1. תעודת זהות № уд-я личности
	ר / נ / ג / א / פ Холост / не замужем; женат /замужем; разведен/а; проживает отдельно от супруга/и	נ / ז М / Ж				
דוא"ל Электронная почта	טלפון נייד Мобильный телефон	טלפון Телефон	עיר Город	שכונה Район	מס' בית № дома	רחוב Улица

**ב. פרטי בן / בת הזוג**  
 Информация о супруге / партнере

עיסוק Род занятий	מצב משפחתי Семейное положение	מין Пол	תאריך לידה Дата рождения	שם משפחה Фамилия	שם פרטי Имя	1. תעודת זהות № уд-я личности
	ר / נ / ג / א / פ Холост / не замужем; женат /замужем; разведен/а; проживает отдельно от супруга/и	נ / ז М / Ж				
דוא"ל Электронная почта	טלפון נייד Мобильный телефон	טלפון Телефон	עיר Город	שכונה Район	מס' בית № дома	רחוב Улица

ג. פרטי בני משפחה נוספים בגינם מוגשת הבקשה

Информация о других членах семьи, в отношении которых подается заявление

הערות Примечания	מין Пол	תאריך לידה Дата рождения	שם משפחה Фамилия	שם פרטי Имя	1. תעודת זהות № уд-я личности
	נ / ז М / Ж				
הערות Примечания	מין Пол	תאריך לידה Дата рождения	שם משפחה Фамилия	שם פרטי Имя	2. תעודת זהות № уд-я личности
	נ / ז М / Ж				
הערות Примечания	מין Пол	תאריך לידה Дата рождения	שם משפחה Фамилия	שם פרטי Имя	3. תעודת זהות № уд-я личности
	נ / ז М / Ж				
הערות Примечания	מין Пол	תאריך לידה Дата рождения	שם משפחה Фамилия	שם פרטי Имя	4. תעודת זהות № уд-я личности
	נ / ז М / Ж				

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

Количество человек в семье (указываются дети только до 18 лет)

פירוט קצר של הבקשה

Краткое изложение заявления

---

---

---

---

---

---

---

---

האם ההוצאה שוטפת / חד פעמית \_\_\_\_\_

Являются ли предстоящие расходы постоянными / разовыми

סה"כ גובה ההוצאות הצפוי \_\_\_\_\_

Общая сумма предстоящих расходов

תאריך ההוצאה \_\_\_\_\_

Дата совершения расходов

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

В случае если вы обращались за помощью в другие организации (страховая компания, страховки "Маген кесеф" и "Маген захав" и т.д.), пожалуйста, укажите эти организации и сумму помощи

**(נא לצרף העתק תשובתם לפנייתך).**

(приложите копию ответа на ваше заявление).

שם מגיש הבקשה \_\_\_\_\_

Имя заявителя

הקרבה לחבר \_\_\_\_\_

Кем приходится члену «Керен Маккаби»

חתימת מגיש הבקשה \_\_\_\_\_

Подпись заявителя

תאריך \_\_\_\_\_

Дата

**הצהרת הכנסות**

**Отчет о доходах**

**פרטים על הכנסות:**

Данные о доходах

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

**Наемный работник:** приложите расчетные листы по заработной плате за последние три месяца и другие документы в зависимости от вида дохода.

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

**Частный предприниматель:** приложите копию отчета о доходах и справку от бухгалтера.

**מקבל קצבה:** יצרף אישורי ביטוח לאומי.

**Получающий пособие:** приложите справки «Битуах Леуми».

בן/בת הזוג Супруг/а		החבר המצהיר Декларант		מקור הכנסה Источник дохода	
נכון לתקופה	הכנסה חודשית ברוטו	נכון לתקופה	הכנסה חודשית ברוטו		
				משרה ראשית Основное рабочее место	1. שכיר: Наемный работник
				משרה משנית Дополнительное рабочее место	
				2. עצמאי (מלאכה, עסק, שותפות, מסחר) Частный предприниматель (вид деятельности, бизнес, компания, коммерция)	
				3. פנסיה בישראל (כולל קופות גמל) Пенсия в Израиле (в том числе пенсионные фонды «купот гимель»)	
				4. דמי שכירות (בית או נכסים אחרים) Поступления за аренду (жилища или другого имущества)	
				5. פנסיה מחו"ל (כולל רנטה או תשלומים) Пенсии из-за рубежа (в том числе рента или иные платежи)	
				6. תגמולים ממשד הביטחון Денежные вознаграждения от Министерства обороны	
				7. קצבה מביטוח לאומי (זקנה, שארים, נכות, השלמת הכנסה אבטלה, ילדים, קצבת ילד נכה, אבטלה, שירותים מיוחדים וכו') Пособие от Службы национального страхования «Битуах Леумי» (по старости, потере кормильца, инвалидности, добавка к минимальному доходу, по безработице, на детей, пособие на ребенка-инвалида, на специальное обслуживание и т.д.)	
				8. מקור אחר (סיוע ממשד השיכון, מזונות, "כולל" וכו') Иные источники дохода (выплаты министерства жилищного строительства, алименты, и т.д.)	
				סה"כ הכנסות חודשיות ברוטו Всего ежемесячный доход брутто	

## הצהרה

### Заявление

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 אחויב לשאת בכל הפסד כספי שיגרם ל"קרן מכבי" עקב הצהרתי זו.

Настоящим заявляю, что вся предоставленная мною информация соответствует действительности, и что заявитель и его/ее супруг/а не имеют доходов, кроме перечисленных выше. Настоящим даю разрешение «Керен Маккаби» провести проверку предоставленной информации. Мне известно, что предоставление ложных сведений освобождает «Керен Маккаби» от каких-либо обязательств по отношению к заявителю и что если обнаружится, что сообщенная информация неверна, я должен возместить все финансовые расходы, причиненные «Керен Маккаби» в связи с настоящим заявлением.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ קרבה למבקש: \_\_\_\_\_  
: Дата : Имя и фамилия № уд-я личности: Кем приходится заявителю:  
חתימה \_\_\_\_\_  
Подпись

**את טופס הבקשה יש למלא בעברית בלבד.**

Заявление заполняется только на иврите.