

דף הסבר לחבר/ה הפונה בבקשה לסיוע מקרן הרווחה של קרן מכבי

חבר/ה 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.

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.

לטופס הפניה יש לצרף את המסמכים הבאים:

- 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)

- מסמכים רפואיים המתייחסים למצב הבריאותי- בציון אבחנות רפואיות.

- הפניה מגורם רפואי/ פארה רפואי של מכבי, המפרטת את הסיוע המבוקש לו נזקק מגיש הבקשה.

- הצעת מחיר על הסיוע המבוקש (חשבונית מס במידה וכבר שולם).

ועדת הרווחה רשאית לבקש תדפיסי בנק במידה ויידרש.

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.

במידה ויאושר הסיוע ע"י קרן הרווחה של קרן מכבי, יזוכה אמצעי התשלום ממנו נגבים דמי החבר, במסגרת הוראת הקבע של החבר.

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

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

www.keren-maccabi.co.il

www.keren-maccabi.co.il/safe

בברכת בריאות שלמה,

קרן מכבי

טופס פניה לקרן הרווחה של קרן מנבי

א. פרטי מגיש/ת הבקשה

תעודת זהות:	שם פרטי:	שם משפחה:	תאריך לידה:	מין:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
רחוב:	מס':	שכונה:	עיר:	טלפון:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
מצב משפחתי:		עיסוק:	דוא"ל:	
<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/ה <input type="checkbox"/> גרושה/ה <input type="checkbox"/> אלמנה/ה <input type="checkbox"/> פרודה/ה		<input type="text"/>	<input type="text"/>	

ב. פרטי בן / בת הזוג

תעודת זהות:	שם פרטי:	שם משפחה:	תאריך לידה:	מין:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
רחוב:	מס':	שכונה:	עיר:	טלפון:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
מצב משפחתי:		עיסוק:	דוא"ל:	
<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/ה <input type="checkbox"/> גרושה/ה <input type="checkbox"/> אלמנה/ה <input type="checkbox"/> פרודה/ה		<input type="text"/>	<input type="text"/>	

ג. פרטי בני משפחה נוספים בגינם מוגשת הבקשה

1. תעודת זהות:	שם פרטי:	שם משפחה:	תאריך לידה:	מין:	הערות:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ז <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
1. תעודת זהות:	שם פרטי:	שם משפחה:	תאריך לידה:	מין:	הערות:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ז <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
1. תעודת זהות:	שם פרטי:	שם משפחה:	תאריך לידה:	מין:	הערות:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ז <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
1. תעודת זהות:	שם פרטי:	שם משפחה:	תאריך לידה:	מין:	הערות:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ז <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

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

פירוט קצר של הבקשה:

האם ההוצאה שוטפת / חד פעמית? _____

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

סה"כ גובה ההוצאות הצפוי: _____

תאריך ההוצאה: _____

במקרה שפנית לגורמים נוספים (חברת ביטוח, מכבי כסף/ מכבי זהב ועוד) בבקשה לסיוע במימון, אנא ציין/י הגורמים וגובה הסיוע (נא לצרף העתק תשובתם לפנייתך). _____

הנני/ו מיפה/ים את כוחה של קרן מכבי, ישירות או באמצעות מוסדותיה, לקבל בשמי/נו ובמקומי/נו מידע שוטף מגורמים כלשהם וממאגרי מידע בכל הנוגע לפרטי/נו האישיים, ובכלל זה פרטיהם האישיים של ילדי/נו הקטינים, בנושאים שיוחלט עליהם מזמן לזמן ע"י קרן מכבי בקשר לחברותי/נו, זכויותי/נו וחובותי/נו, וכן זכויות וחובות ילדי/נו הקטינים בקרן מכבי או הנובע מכך, לרבות מידע רפואי ו/או אחר ממכבי שירותי בריאות הנדרש לצורך בחינת זכאויותי/נו השונות בקרן.

הנני/ו מצהיר/ים כי לא תהיה לי/לנו או לילדי/נו הקטינים תביעה כלשהי נגד קרן מכבי ו/או מוסדותיה הנובעת מחוק הגנת הפרטיות, התשמו"א-1981, והתקנות שהותקנו או יותקנו על פיו.

שם מגיש/ת הבקשה:	ת.ז:	חתימה:

שם בן/בת הזוג:	ת.ז:	חתימה:

הקרבה לחבר/ה:	תאריך:

