



**Organization of
Israel's Terror Victims**
The Representative Organization



**ארגון נפגעי
פעולות איבה**
הארגון היציג

אתר אינטרנט: www.irgun.org.il ע"ר 7-045-006-58 דואר אלקטרוני: irgun@irgun.org.il

הארגון הוכרז כארגון היציג במדינת ישראל בשנת '98 לפי חוק תגמולים לנפגעי פעולות איבה התש"ל - 1970

נוהל מענקים - ארגון נפגעי פעולות איבה

ועדת רווחה האחראית על מתן הלוואות ומענקים מתכנסת אחת לחודש ובוחנת את צרכי חברי הארגון הפונים בבקשת הלוואות ומענקי בריאות כלכלי. בנוסף, מאשרת הוועדה אחת לשנה מלגות לימודים לנפגעי פעולות איבה אשר לומדים לתואר ראשון או ברכישת מקצוע. כל חברי הוועדה הם חברי ארגון.

להלן פירוט על אופן והתנהלות הוועדה:

1. חברי הועדה

- 1.1 יו"ר הועדה - גבי שרה קמחי
- 1.2 חברת הועדה - גבי פינה ברדציאנסקי
- 1.3 חבר הועדה - מר אריק דור
- 1.4 חבר הועדה - מר דודו ריחני
- 1.5 עו"ד הילה אשכנזי - נציגות המחלקה המשפטית

2. כינוס הועדה

- 2.1 הועדה מתכנסת לפחות אחת לחודש.
- 2.2 ישיבות הועדה תהיינה חוקיות אם בשעה שנקבעה לתחילת הישיבה יהיו נוכחים לפחות שלושה מחבריה.
- 2.3 בכל ישיבה יתנהל פרוטוקול, ובו ירשמו החלטותיה של הועדה.
- 2.4 החלטות הוועדה יועברו לאישור ועד הארגון בעת סיומה.

3. קביעת קריטריונים לזכאות

- 3.1 מענקים יתנו לאלמנות פעולות איבה ויתומי פעולות איבה כהגדרתם בחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התש"ל 1970.
- 3.2 הועדה תמליץ על תנאי הזכאות לקבלת מענקים בהגיונות, בשוויון, בהיעדר משוא פנים ותוך שמירה על מטרות הארגון.
- 3.3 הועדה תקבע מהם הטפסים, המסמכים והתימוכין הנוספים הנדרשים לצורך הגשת בקשה ודיון בה.

קריטריונים לזכאות לשנת 2021 בנספח א'

4. בחינת הבקשות

- 4.1. הבקשות תוגשנה לוועדה על גבי הטופס המתאים לבקשה.
- 4.2. הגשת הבקשה לוועדה תתבצע בדרכים הבאות:
 - 4.2.1. מסירת הבקשה פיזית במזכירות הארגון / בפקס/ מייל הארגון.
 - 4.2.2. שליחת הבקשה בפקס וואו במייל אל משרדי הארגון תותנה בקבלת אישור טלפוני על הגעתה של הבקשה.
 - 4.2.3. שליחת הבקשה בדואר רשום אל משרדי הארגון.
- 4.3. הועדה מחויבת לברר את עובדות ונסיבות הבקשה וכן להכריע בה לא יאוחר מ-60 יום ממועד הגשתה.
- 4.4. הועדה תפרט ותנמק בכתב את הכרעתה באשר לאישור או דחיית כל בקשה אשר הוגשה לעיונה.
- 4.5. העתק מההכרעה המפורטת ישלח לחבר.



**Organization of
Israel's Terror Victims**
The Representative Organization



**ארגון נפגעי
פעולות איבה**
הארגון היציג



אתר אינטרנט: www.irgun.org.il ע"ר 7-045-006-58 דואר אלקטרוני: irgun@irgun.org.il

הארגון הוכרז כארגון היציג במדינת ישראל בשנת '98 לפי חוק תגמולים לנפגעי פעולות איבה התש"ל - 1970

נספח א'

קריטריונים לקבלת מענק בריאות טיפול שיניים ליתומים

מענקים יוענקו בכפוף להחלטת ועדת רווחה בארגון ליתומי פעולות איבה, במקרים הבאים ובכפוף להמצאת מסמכים כפי שיפורט להלן:

1. מענק בריאות לטיפול שיניים

1.1. מענקים לטיפול שיניים יוענקו במקרים שלהלן:

- 1.2. יתום פעולות איבה כהגדרתו בחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה התש"ל 1970
- 1.3. גיל 18 ומעלה
- 1.4. בוצע טיפול שיניים בשנה האחרונה והוגשה קבלה.
- 1.5. עד 4,000 ₪ או עד 50% מעלות הטיפול, הנמוך מביניהם
- 1.6. במידה ומבוקש מענק לטיפול שטרם בוצע - יש לצרף מסמכים ביחס למצב כלכלי
- 1.7. מדובר בטיפול שיניים רפואיים משמרים בלבד ולא אסתטיים

לכל האמור לעיל - כל בקשה תדון על פי מסמכים רפואיים מתאימים ומעודכנים.
*מקרים של בעיות כלכליות יגובו במסמכים המעידים על כך ותיתן האפשרות לקבלת המענק בכפוף להצגת תכנית הטיפול

2. מסמכים נדרשים לקבלת מענק בריאות:

- 1.1 טופס בקשת מענק
 - 1.2 הצהרת מענק בריאות (הצהרה על החזרים ממקורות אחרים)
 - 1.3 סימוכין לתשלום:
 - 1.3.1 קבלות תשלום שתאריךן שנה אחורה בלבד, ניתן להגיש העתק!
 - 1.3.2 תכנית טיפול שיניים מלאה
 - 1.3.3 מסמכים על מצב כלכלי (3 תלושי שכר ותדפיס חשבון בנק 3 חוד' אחורה)
- במידה ומבוקש מענק בטרם ביצוע טיפולי שיניים

3. קביעת סכום המענק:

טיפול שיניים - החזר של עד 4,000 ₪ או 50% החזר מההוצאה בפועל – הנמוך מביניהם.

טופס הגשת בקשה לקבלת מענק בריאות לטיפול שיניים

עיקרי תנאי הזכאות לקבלת מענק לטיפול שיניים

1. זכאי לקבלת מענקים לטיפול שיניים מטעם ארגון נפגעי פעולות איבה יהיה מי שעומד בכל התנאים שלהלן.
 - 1.1 יתום/ה כהגדרתם בחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התש"ל 1970.
 - 1.2 מעל גיל 18
 - 1.3 בוצע טיפולי שיניים בשנה האחרונה והוגשו קבלות
 - 1.4 במידה וטרם בוצע הטיפול וקיים קושי כלכלי בביצוע יש להציג מסמכים המעידים על כך כקבוע בסעיף 3.1.3
2. **סכום המענק:**

עד 4,000 ₪ או עד 50% מעלות הטיפול, הנמוך מביניהם
3. **חובה לצרף לטופס בקשת המענק את המסמכים הבאים:**
 - 3.1.1 קבלות תשלום שתאריךן שנה אחורה בלבד, ניתן להגיש העתק !
 - 3.1.2 תכנית טיפול מלאה
 - 3.1.3 במקרים של מצוקה כלכלית יש לצרף מסמכים על מצב כלכלי (3 תלושי שכר ותדפיס חשבון בנק 3 חודשים אחורה)
 - 3.1.4 ת.ז + ספח
4. **כללי:**
 - 4.1 יש להגיש את הבקשות עד לתאריך 30.11.2021
 - 4.2 יש למלא בדייקנות את כל האינפורמציה הנדרשת בטופס הבקשה. מילוי חלקי או חסר עלול להביא לפסילת הבקשה.
 - 4.3 את הטופס יש לשלוח מלא וחתום בצירוף המסמכים הנדרשים פיזית לארגון היציג ברחוב בית אורן 9, ת"א/דואר אלקטרוני: Secretary1@irgun.org.il / בפקס 03-6884724.

תאריך: _____

בקשת מענק בריאות- טיפולי שיניים ליתומים

אני הח"מ מגישה/ה בקשתי לוועדת רווחה בארגון נפגעי פעולות איבה, להעניק לי מענק לטיפול שיניים. אני מצהירה ומתחייבת כי כל הפרטים שמסרתי במסגרת טופס זה והנספחים לו הינם נכונים ומלאים.

פרטים אישיים של היתום/ה

כתובת		שם פרטי	שם משפחה	מספר ת.ז. זהות																
מיקוד	יישוב			רחוב מספר																

פרטי החלל:

פרטי המקרה בקצרה	שם פרטי	שם משפחה	מספר ת.ז. זהות																	

דואר אלקטרוני	מצב משפחתי	תאריך לידה			טלפון נוסף	טלפון בבית
		הקף בעיגול	יום	חודש		
		ר / נ / ג / א				

מצוקה כלכלית - נא פרט וצרף מסמכים	עובד/לא עובד נא פרט
_____ _____ _____ _____	

עלות טיפולי שיניים כוללת	סה"כ החזר ממקורות אחרים (במקרה וקיים)	לשימושי המשרד סה"כ יתרת תשלום



**Organization of
Israel's Terror Victims**
The Representative Organization



**ארגון נפגעי
פעולות איבה**
הארגון היציג



אתר אינטרנט: www.irgun.org.il ע"ר 7-045-006-58 דואר אלקטרוני: irgun@irgun.org.il

הארגון הוכרז כארגון היציג במדינת ישראל בשנת '98 לפי חוק תגמולים לנפגעי פעולות איבה התש"ל - 1970

הנני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שנמסרו על ידי הינם נכונים

חתימת המבקש/ת לבקשת המלגה: _____

ה. החלטת הועדה

(א) אושר מענק . (ב) נדחה, מסיבה

יו"ר הועדה - שרה קמחי יו"ר הארגון - אייבי מוזס חבר ועדה - אריק דור חבר ועדה - דודו ריחני

חבר ועדה - פינה ברדיצ'אנסקי עו"ד נציגות המחלקה משפטית