



**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

עיקרי תנאי הזכאות לקבלת מענק בריאות לטיפול שיניים אלמנות/ים

1. זכאי לקבלת מענקים לטיפול שיניים מטעם ארגון נפגעי פעולות איבה יהיה מי שעומד בכל התנאים שלהלן:

- 1.1. אלמנה/ה שהגדרתם בחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התש"ל 1970.
- 1.2. אלמנה/ה אשר סמוכים לשולחנה/ה 3 ילדים קטינים
- 1.3. בוצע טיפולי שיניים בשנה האחרונה והוגשו קבלות
- 1.4. מדובר בטיפול שיניים רפואיים משמרים בלבד ולא אסתטיים

ובאחד או יותר המקרים הבאים:

- 1.5. מצוקה כלכלית עקב אובדן עבודה/ פגיעה בכושר השתכרות של האלמן/ה
- 1.6. בעקבות פגיעה קשה בבריאות הכרוכה בהוצאות חריגות
- 1.7. פשיטת רגל

1.8. לכל האמור לעיל - כל בקשה תדון על פי מסמכים רפואיים מתאימים ומעודכנים.

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 מאושרת ע"י ביטוח לאומי המאשר החזר של 50% מההוצאה בפועל.
- 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.



**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

תאריך: _____

בקשת מענק בריאות- טיפולי שיניים לאלמנות/ים

אני הח"מ מגישה/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 האלמנות/ים

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

דואר אלקטרוני	מס' ילדים קטינים - נא פרט וצרף ספח ת.ז	מצב משפחתי	תאריך לידה			טלפון נוסף	טלפון בבית
			שנה	חודש	יום		
	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	הקף בעיגול 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