"וראייטי" ישראל
variety למען הילדים the children's charity

טופס פנייה חוזרת (חידוש בקשה) לקבלת סיוע מ'וראייטי' ישראל

(3 עמודים)

פרטי הילד/ה:

שם משפחה: _____ , שם פרטי: _____

תאריך לידה: _____/_____/_____, מס' ת"ז: _____

שם ביה"ס בו לומד/ת: _____ עיר: _____

בי"ס לחינוך מיוחד: **כן / לא** שעת סיום הלימודים: _____

כתובת: _____, _____, _____, _____, _____,
(רחוב) (מס' בית) (מס' דירה) (עיר) (מיקוד)

טל' בבית: _____ - _____ פקס: _____ - _____

כתובת EMAIL ראשית: _____

האבחנה הרפואית: _____

האם הילד/ה מרותק/ת לכסא גלגלים? **כן / לא,** נעזר/ת בהליכון: **כן / לא,** נעזר בקביים: **כן /לא**

סיעודי לחלוטין: **כן /לא** אחוזי הנכות של הילד/ה: _____

מי במשרד הרווחה מטפל בענייני המשפחה? _____ טל': _____ :_____

טל' נייד: _____ : _____ פקס: _____

שם קופת החולים: _____ , ביטוח משלים? **כן / לא** , סוג ביטוח משלים: _____

ביטוח רפואי נוסף: **כן / לא** , סוג הביטוח הנוסף: _____

מהות הפנייה והבקשה:

הבקשה: _____

_____

העלות הכוללת של הבקשה: _____ ₪. מתוך זה, השתתפות המשפחה: _____ ₪.

מתוך זה, השתתפות גורמים אחרים (כגון: איל"ן, קופ"ח, ביטוח משלים, משרד הבריאות ועוד), אנא פרט/י:

1) הגורם: _____ , סכום הסיוע: _____ ₪.
2) הגורם: _____ , סכום הסיוע: _____ ₪.
3) הגורם: _____ , סכום הסיוע: _____ ₪.

סה"כ: _____ ₪.

יתרת הסכום שחסרה עדיין להשלמת הרכישה/הטיפול: _____ ₪.

פרטי ההורים:

שם האב: _____ שם האם: _____

מצב משפחתי: _____ בחזקת מי הילדים: _____

טל' בעבודת האב: _____ טל' בעבודת האם: _____

טל' נייד האב: _____ טל' נייד האם: _____

דואר אלקטרוני אב: _____ דואר אלקטרוני אם: _____

פרטי אחים/אחיות : נא לפרט : שם פרטי, תאריך לידה, תעסוקה (של אחים מעל גיל 18) :

1. _____ _____ _____ 4. _____ _____ _____

2. _____ _____ _____ 5. _____ _____ _____

3. _____ _____ _____ 6. _____ _____ _____

הכנסות:

מקום עבודת האב : _____ משכורת ברוטו _____ נטו _____

מקום עבודת האם : _____ משכורת ברוטו _____ נטו _____

האם המשפחה מקבלת קצבאות מהביטוח הלאומי (כגון : נכות, ניידות, ילדים, הבטחת הכנסה ועוד) : **כן / לא**

אם כן, אילו : 1. _____ הסכום : _____ ₪, עבור : _____

2 . _____ הסכום : _____ ₪, עבור : _____

3 . _____ הסכום : _____ ₪, עבור : _____

4 . _____ הסכום : _____ ₪, עבור : _____

5 . _____ הסכום : _____ ₪, עבור : _____

6 . _____ הסכום : _____ ₪, עבור : _____

האם המשפחה מקבלת תמיכה/הכנסה נוספת מגורמים אחרים? (כגון : משפחה, שכר דירה, מקום עבודה נוסף וכו')

אם כן, אילו : 1. _____ הסכום : _____ ₪.

2. _____ הסכום : _____ ₪.

סה"כ ההכנסה החודשית: _____₪.

אם מדובר ברשלנות רפואית, האם הוגשה תביעה : **כן / לא**

אם כן, נא ציינו מהו הסכום שהתקבל/הוחלט : _____ ₪.

אם התקבל סכום ביניים בזמן בירור התביעה, נא ציינו מהו הסכום : _____ ₪.

אם הושגה פשרה, נא ציינו מהו הסכום שהוסכם : _____ ₪.

הוצאות:

הדירה בבעלות : **כן / לא**, תשלומי משכנתא : **כן /לא**, ציין סכום חודשי : _____₪.

שכר דירה, **כן / לא**, ציין סכום חודשי : _____ ₪.

הוצאות חודשיות בגין מצבו/ה המיוחד של הילד/ה :

פירוט ההוצאה	עלות חודשית (₪)
סה"כ:	

הערות/הארות כלליות:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

פרטי ממלא/ת הבקשה:

שם: _____ תאריך: _____

הערה: אם טופס זה מולא ע"י העובד/ת הסוציאלי/ת, נא לציין פרטים:

שם עו"ס: _____

טלפון נייח: _____

טלפון נייד: _____

(ט' 24/1)