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

טופס פנייה לקבלת סיוע מ'וראייטי' ישראל

(3 עמודים)

פרטי הילד/ה:

שם משפחה: _____ , שם פרטי: _____

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

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

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

שם ביה"ס בו לומד/ת: _____ , עיר: _____ בי"ס לחינוך מיוחד: **כן / לא,**

שעת סיום הלימודים: _____

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: _____

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

ביטוח רפואי נוסף: **כן / לא**

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 החסר 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 אבא: _____ , דואר אלקטרוני אמא: _____

פרטי אחים/אחיות: נא לפרט: שם, ת. 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: _____ כתובת: _____

טלפון נייח: _____ טלפון נייד: _____

(ט' 24)