**בקשה לסיוע כספי לניצולי שואה יוצאי אוסטריה לשנת 2020**

|  |  |
| --- | --- |
| 2020 |  שם משפחה שם פרטי |
|
| רחוב |   | מין ז/נ  |  |   |
| עיר |  | מיקוד  |  |   |
| טלפון  |   |  טלפון נייד |  |  |
| ת.ז. |  |  |   |   |
| דוא"ל |  |  |
| תאריך לידה |   | אלמן/ה של (ניצול שואה יוצא אוסטריה)  |  שם משפחה |  שם פרטי |
| אוסטרי/ת כן/לא |   | אלמן/ה של(באותיות לטיניות) |   |   |
| מצב משפחתי |   | תאריך לידה  |   |   |
|  שם משפחה (באותיות לטיניות) |   | מקום לידה |   |   |
| שם פרטי (באותיות לטיניות) |   | תאריך עזיבת אוסטריה |   |   |
| תאריך עזיבת אוסטריה |   |  תאריך עלייה |   |   |
| תאריך עלייה |   | תאריך פטירה |   |   |
|  |   |  |  |  |
| שם איש קשר  |  |  |   |   |
| נייד/טלפון  |   |   |  |  |
| דוא''ל  |   |   |   |  |
|  |   |   |   |   |

**נא לצרף את המסמכים הבאים:**

**- צילום תעודת זהות**

**- אישורי הכנסה של כל מקורות ההכנסה הרשומים בדף הבא**

**- פונים חדשים מתבקשים לחתום על כתב הסכמה**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **חיפה** | **ירושלים** | **תל אביב והמרכז** |
| **חגית דרור - עו"ס** | **צופית חיים - עו''ס** |  |
| **04-8258989** | **02-6241198/2021** | **03-5164461** |
| **hagit@beit-horim.org.il** | **tzofitchaim@gmail.com** |  |

**ערן אליהו בן יוסף - מתנדב 073-2188208** **eran@irgun-jeckes.org**

בקשה לסיוע כספי לניצולי שואה יוצאי אוסטריה לשנת 2020

פירוט הכנסות של מגיש הבקשה:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **סוג הכנסה** | **גובה ההכנסות** |  | **סוג הכנסות** | **גובה הכנסות** |
| פנסיה |  |  | רנטה מחו"ל |  |
| עבודה בשכר |  |  | תגמולים מהאוצר |  |
| קצבת זקנה – ביטוח לאומי |  |  | הכנסה אחרת(כולל שכר דירה) |  |
| קצבת זקנה מחו"לPVA - DRV |  |  | סה"כ |  |

**גובה חסכונות (ללא דירה או רכב):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ש"ח**

**חוות דעת של עובד/ת סוציאלי/ת:**

אחת לשנתיים יש לצרף דו''ח של עובדת סוציאלית מהרשות המקומית, מועדון לקשיש, קופ''ח, דיור מוגן, חברת סיעוד או עובדות סוציאלית בסניפי הארגון.

**הצהרת התובע/ת**: אני \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מצהיר כי כל המידע והאישורים, שצורפו לבקשתי הם נכונים ואני מתחייב להודיע על כל שינוי במצבי הבריאותי, הכספי והמשפחתי.

בנוסף על כך, אני מאשר/ת כי לא קיבלתי בעבר ולא אבקש בעתיד, סיוע כספי ממקור כלשהו לאותה מטרה המפורטת בבקשה זו.

תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_