**בקשה לסיוע כספי לניצולי שואה יוצאי אוסטריה לשנת 2023**

|  |  |
| --- | --- |
| 2023 |  |
| רחוב |  |  |  |
| עיר |   |  |  מיקוד |  |
| טלפון |  |  | **CC ID** |  |
| דוא''ל |  |  | JAFFO |  |
| ת.ז. |  |  |  AUSTRIAN ELIGIBLE:  |
| תאריך לידה |  |  אלמן/ה של  |  |  |
| אוסטרי |  |  נולד ב  |  |  |
| נשוי |   |  תאריך לידה  |  |  |
|  |  |  תאריך פטירה  |  |
| טופס בבקשה |  |  |  |  |
| חוות דעת ע''ס |  |  שם איש קשר  |  |  |
| כתב הסכמה | יש |  נייד/טלפון  |  |  |
|  |  |  דוא''ל  |  |
| **הכנסות** |  |  אישורים מי  |  |
| PVA € |  |  |  |
| האוצר |  |  |  |
| ביטוח לאומי |  |  |  |  |
| אחר |  |  |  |  |
| פנסיה מעבודה |  |  |

|  |
| --- |
|   |
|  |   |

 |
| ***סה''כ*** |  |  |  |  |

**- צילום תעודת זהות**

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **חיפה** | **ירושלים** | **תל אביב והמרכז** |
| **זהר עובס - עו"ס** | **אחווה אמיתי - עו''ס** | **אחווה אמיתי** |
| **04-8258989** | **02-6241198/2021** | **03-5164461/2010** |
| zohar**@beit-horim.org.il** | **achva@irgun-jeckes.org** | **achva@irgun-jeckes.org** |

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

**בקשה לסיוע כספי לניצולי שואה יוצאי אוסטריה לשנת 2023**

**פירוט הכנסות וחסכונות של מגיש הבקשה לשנת 2023**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_