

תאריך: _____

בקשת סיוע לעיוור

פרטי אב / ראש משפחה

מספר סידורי

שם משפחה ופרטי: _____ ת.ז.: _____

מטרת הסיוע: _____ שנת עליה: _____

כתובת המגורים: עיר _____ רחוב _____ מס' בית _____

שם משפחה הכנסות המשפחה	
ש"ח	תאור ההכנסה
	שכר אב / ראש המשפחה
	שכר בני המשפחה שבבית
	קצבאות ילדים
יש/אין+צילום	תעודת עיוור זמנית/קבועה
	קצבת שירותים מיוחדים
	קצבת נכות/זקנה/מזונות
	דמי ליווי לעיוור
	סכום החזר משרות לעיוור
	סכום סיוע מגורים אחר
	סה"כ

שנת לידה	מצב משפחתי	שם	
		אב/ראש המשפחה	אם

פרטי מקום המגורים

דירה בבעלות (הקפ"א אחד): פרטית / עמידר / שכירות / אחר, פרט: _____
 שכר דירה / משכנתא: _____ גובה השתתפות בשכ"ד: _____

תיאור הבעיה

יש לצרף דוח סוציאלי הכולל את סיבת הפנייה לרבות רקע משפחתי, רקע בריאותי רלוונטי, הצעת ספק לרכישת המכשיר או השירות הדרוש - חובה, וכן רק מסמכים רלוונטיים לבקשה.
 האם בוצע ביקור בית? כן / לא (הקף בעיגול), מתי ____/____/____

הסיוע המבוקש (כולל פירוט תכנית מימון)

הסכום הכולל הדרוש: _____ הסכום המבוקש מהעמותה _____ גודל הנחת הספק _____
 גובה ההשתתפות העצמית של המשפחה _____ סכום המע"מ במקרה של מוצר חשמל _____
 למי פניתם וכמה קיבלתם עד כה סיוע? _____
 האם הרווחה סייעה ובאיזה אופן _____

טלפון סלולרי חובה

מייל חובה

טלפון במשרד

חתימת העו"ס

שם העו"ס ולשכה

נא לשלוח הטופס למייל של רזיה ידן מרכזת הבקשות:

raziapele@gmail.com – או לפקס העמותה 03-7520794. טלפון לברורים רזיה: 053-8286777

החלטת העמותה:

סווג עמותה (הקף בעיגול):

ילדים / בריאות / קשישים / עולים

1. חובתכם להחזיר אישור מסירה חתום על-ידי הנמען ולעדכן אותנו אם חל שינוי במצב הנזקק במהלך תקופת הסיוע. המשך יש לשלוח קבלה, אחרת לא ישלח המשך סיוע
2. אנו מחויבים במתן דיווח לתורמים, ולכן מבקשים לקבל משוב על השפעת התרומה בתוך חודשיים ימים. לא נוכל להמשיך לעבוד עם עו"ס שלא יחזירו משוב.