



דואר אלקטרוני: [mail:irgun@irgun.org.il](mailto:mail:irgun@irgun.org.il)



ע"ר 58-006-045-7



אתר אינטרנט: [www.irgun.org.il](http://www.irgun.org.il)

חבר/ה נכבד/ה,

**הנדון: בקשה לסיוע מארגון נפגעי פעולות איבה**

מצ"ב טפסי בקשה לסיוע מהקרן לסיוע של ארגון נפגעי פעולות איבה, זאת בהמשך לבקשתך.

על מנת שהועדה תוכל לדון בבקשתך, נבקשך לוודא שהינך עומד בקריטריונים המצורפים בזה, ובמידת הצורך, למלא טופס פנייה לועדת רווחה ולצרף המסמכים הנדרשים.

נשמח לעמוד לרשותך בכל שאלה.

בכבוד רב,

ועדת רווחה  
ארגון נפגעי פעולות איבה

- בקשות שלא יצורפו להם המסמכים הדרושים, לא יידונו ותשובה תישלח בכתב לפונים.

לפרטים נוספים:

ארגון נפגעי פעולות איבה – הארגון היציג, רח' בית אורן 9 תל-אביב 67319,  
טל': 03-6884729, פקס: 03-6884724



**Organization of  
Israel's Terror Victims**  
The Representative Organization

דואר אלקטרוני: [mail:irgun@irgun.org.il](mailto:mail:irgun@irgun.org.il)



ע"ר 58-006-045-7



**ארגון נפגעי  
פעולות איבה**  
הארגון היציג

אתר אינטרנט: [www.irgun.org.il](http://www.irgun.org.il)



## קריטריונים לעזרה מקרן הסיוע

### 1. כללי

- 1.1. חבר ארגון שאושרה לו הלוואה יהיה רשאי להגיש בקשה לסיוע רק בחלוף 3 חודשים מיום אישור בקשת ההלוואה אלא אם כן מקרים חריגים ע"פ שיקול דעת הועדה.
- 1.2. על מבקש הסיוע להיות חבר בארגון לפחות שנה אחת.
- 1.3. סכום מענק הסיוע לא יעבור את סך 2,000 ₪ בלבד, למען הסר ספק- כל בקשה תידון בוועדה לגופו של עניין והוועדה רשאית לדחות את הבקשה ואו לאשר מענק סיוע בכל סכום כלשהו עד סך 2,000 ₪.
- 1.4. על החבר להתחייב להישאר חבר בארגון למשך 3 שנים מיום קבלת הסיוע.
- 1.5. על הנפגע/ת להגיש בקשה לסיוע ע"ג טופס בקשה לסיוע. טפסים ניתן לקבל במשרד הארגון.
- 1.6. הזכאות להגשת בקשה לסיוע הינה אחת לשלוש שנים בלבד לכל חבר ארגון.
- 1.7. בכל שנה וועד הארגון יקבע את סך גובה תקציב הסיוע לחברי הארגון בתקציב הארגון ולא יחרוג מתקציב זה, עם גמר התקציב לסיוע שהוקצה באותה שנת תקציב הבקשות שלא נדונו יועברו לשנת התקציב הבאה.

### 2. קריטריונים לסיוע:

- 2.1. הועדה תהיה רשאית לפנות לחבר הארגון להמציא אישורים ומסמכים המגבים את הבקשה.
  - 2.2. הקריטריונים לסיוע לחברי הארגון הינם קריטריונים סגורים – טיפול רפואי, מכשור רפואי, מצוקה כלכלית, הנצחה, מימון חוו"ד רפואית, רכישת רכב רפואי.
  - 2.3. חבר/ה הזקוק לטיפול רפואי או מכשור רפואי שאינו ממומן על ידי אחת מקופות החולים או על ידי המוסד לביטוח לאומי (מחייב המצאת אישור רשמי מקופת חולים / המוסד לביטוח לאומי).
  - 2.4. חבר שמצוי במצוקה כלכלית ומציין צורך הכרחי לסיוע בהשתתפות בהוצאה המגובה באישורים מצורפים (יש לצרף אישור על מצב סוציאלי על ידי עובדת השיקום בביטוח לאומי המטפל/ת בנפגע).
  - 2.5. חבר/ה שקרן ההלוואות דחתה את בקשתו להלוואה מהארגון מחוסר יכולת להחזרת ההלוואה וזאת לא למטרת מחזור ההלוואה מהארגון.
  - 2.6. חבר הזקוק למימון חוות דעת רפואית לוועדה רפואית. ההשתתפות תעמוד על סכום של עד 2,000 ₪ בלבד.
  - 2.7. סיוע בהנצחה – מותנה בהמצאת אישורים על הוצאות למטרת הנצחה – גובה ההשתתפות הינו עד 2,000 ₪ בלבד.
  - 2.8. מקרים חריגים שיבואו לדיון בפני הועדה, יחויבו בצרף המסמכים הרלוונטיים.
- ### 3. חובה לצרף לטופס הבקשה את המסמכים הבאים:
- 3.1. צילום ת.ז. של הנפגע/ת.
  - 3.2. צילום 3 תלושי התגמולים של הנפגע/ת.
  - 3.3. תלוש משכורת של הנפגע/ת במידה והינו עובד.
  - 3.4. יש לצרף אישורים רפואיים ואישור עובד/ת סוציאלי/ת בהתאם למהות הבקשה.
  - 3.5. במקרים של מכשור רפואי – חשבונית מס מקורית.
  - 3.6. חתימה על טופס התחייבות – המצורף לבקשה.



**Organization of  
Israel's Terror Victims**  
The Representative Organization

דואר אלקטרוני: [mail:irgun@irgun.org.il](mailto:mail:irgun@irgun.org.il)



טל: 045-7-006-58



**ארגון נפגעי  
פעולות איבה**  
הארגון היציג

אתר אינטרנט: [www.irgun.org.il](http://www.irgun.org.il)

ועדת רווחה - טופס בקשה לסיוע

תאריך: \_\_\_\_\_

**א. פרטים אישיים**

כתובת		שם פרטי	שם משפחה	מספר ת.ז. זהות														
מיקוד	יישוב	רחוב מספר																

מס' ילדים עד גיל 21	מצב משפחתי	תאריך לידה			טלפון נייד	טלפון בבית
	הקף בעיגול	יום	חודש	שנה		
	ר / נ / ג / א					

**ב. פירוט מקורות הכנסה**

מקום עבודה נוכחי (סמן ופרט)	שם מקום העבודה	עובד	לא עובד	מקורות הכנסה		
				שכר עבודה	גמלת ביטוח לאומי	אחר-פרט

**ג. פרטי הפגיעה**

תאריך פגיעה		מקום פגיעה			סוג פגיעה		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	לצמיתות	זמני עד
			הורה שכול	אלמן/ה	נכה		

**ד. פרטי חברות בארגון**

תחילת חברות בארגון	האם קיבלת הלוואות קודמות מהארגון?	האם קיבלת מענק קודם מהארגון?
שנה _____ חודש _____ יום _____	א. לא ב. כן, בסך ש"ח _____	א. לא ב. כן, בסך ש"ח _____

**ה. פרטי הבקשה**

פירוט הבקשה - לצורך מה הנך זקוק לסיוע? יש לצרף אישורים בהתאם

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

הנני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שנמסרו על ידי הינם נכונים.

חתימת מבקש/ת הסיוע: \_\_\_\_\_

**ו. החלטת הועדה**

א) אושר מענק בסך של _____ ₪.	ב) נדחה, מסיבה _____
י"ר הועדה - שרה קמחי	י"ר הארגון - צביקה שחק
חברת ועדה - פינה ברדיצ'אנסקי	חבר ועדה - דודו ריחני
חבר ועדה - יהושע כהן	חבר ועדה - גדי רוזנוולד



**Organization of  
Israel's Terror Victims**  
The Representative Organization



**ארגון נפגעי  
פעולות איבה**  
הארגון היציג



דואר אלקטרוני: [mail:irgun@irgun.org.il](mailto:mail:irgun@irgun.org.il)

ע"ר 7-045-006-58

אתר אינטרנט: [www.irgun.org.il](http://www.irgun.org.il)

תאריך: \_\_\_\_\_

לכבוד  
ועדת הרווחה  
ארגון נפגעי פעולות איבה – הארגון היציג  
רחוב בית אורן 9  
תל-אביב 67319

שלום רב,

**הנדון: התחייבות**

אני החתום מטה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

מאשר בזאת כי קיבלתי מוועדת הרווחה של ארגון נפגעי פעולות איבה - הארגון היציג,

אשר התכנסה בתאריך \_\_\_\_\_ סיוע כספי בסך של \_\_\_\_\_ ₪

בשיק מספר \_\_\_\_\_ מהקרן לסיוע הדדי.

הריני מתחייב בזאת להישאר חבר בארגון נפגעי פעולות איבה - הארגון היציג, לתקופה של לפחות 3 שנים מיום קבלת הסיוע.

על כך באתי על החתום,

\_\_\_\_\_  
חתימה

\_\_\_\_\_  
שם ומשפחה