

מסמכים מצורפים:

- חובה לצרף לכל בקשה את המסמכים הבאים:
- תלוש הגמלה
 - תלוש משכורת/ גמלה אחרון של בן/בת הזוג
 - קבלות על תשלום לרופא, רכישת מכשיר רפואי/תרופות
 - תדפיסי בנק (דפי חשבון הבנק של שני בני הזוג) 3 חודשים אחרונים
 - אישור הערכת שומה לבן/בת זוג עצמאיים
 - צירוף מכתב מנומק לבקשה

בקשת מענק מקרן לרווחת הגמלאים
לגמלאי שירות בתי הסוהר

פרטי הגמלאי/ת

שם פרטי:		שם משפחה:		ת.ז:	
נקבה	זכר	מין (הקף בעיגול):		תאריך לידה:	
פרוד/ה		בהליכי גירושין	גרופ/ה	רווק/ה	נשוי/אה
מצב משפחתי (עקף בעיגול):					

כתובת הגמלאי

ישוב:		רחוב:		מס' בית:		מיקוד:	
טלפון מקום עבודה:		טלפון בית:		טלפון נייד:		דואר אלקטרוני:	

פרטי בן/ת הזוג

שם פרטי:		שם פרטי:		ת.ז:	
עובד/לא עובד (הקף בעיגול)		מקום העבודה:		מממד (הקף בעיגול)	
קבוע		ארעי		עצמאי (יש לצרף אישור)	

פרטי בנק אליו מועברת גמלת הגמלאי/ת

מס' בנק:		שם הבנק:		מס' סניף:		מס' חשבון:	
הכנסות		ברוטו שוטף		סה"כ ניכויי חובה		סכום בבנק	
גמלת המבקש:							
גמלה/ משכורת בן/בת זוג:							

הכנסות חודשיות וחד פעמיות בנוסף לגמלה ל המבקש/ת ובן/ת זוגו

כגון: קצבאות שונות, דמי מזונות, פנסיה נוספת, תמיכה מבן משפחה, מרכוש או שכ"ד, תגמולים, פיצויים, ממשכורת, מעבודה, מעסק, משותפות, ממניות, קרנות השתלמות, קופות גמל, ממקור אחר.

סוג ההכנסה (הקף בעיגול)	מקור ההכנסה	סכום בש"ח	תאריך	הערות
חודשי / חד פעמי			/ /	
חודשי / חד פעמי			/ /	
חודשי / חד פעמי			/ /	

מקבלי קיצבת נכות ביטוח לאומי	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	%	סכום
מקבלי קיצבת משרד הביטחון	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	%	סכום
מקבלי קיצבת ביטוח לאומי פעולות איבה	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	%	סכום

הוצאות חודשיות וחד פעמיות

כגון: הלוואות יהב, הלוואות מבנקים אחרים, שכ"ד, משכנתא, תשלום לפנימייה/ בי"ס יסודי/חטיבה/תיכון/תשלום מזונות, תמיכה בבן משפחה, הוצ' משפטיות, רפואיות, חובות (רשות מקומית, מס הכנסה, מכולת וכו'), פיגור בתשלום לשכ"ד, למשכנתא, וכו'.

חד פעמי				חודשי			
הערות	תאריך	סכום בש"ח	תיאור ההוצאה	הערות	תאריך	סכום בש"ח	תיאור ההוצאה
			סה"כ				סה"כ

רשימת התלויים (ילדים ונתמכים ע"י מגיש הבקשה)

הכנסה חודשית	מצב משפחתי	מקום עבודה/ לימודים	מין ז/נ	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז חובה לציין מס' ת.ז 9 ספרות

מבוטח בביטוח בריאות באמצעות חברת "הראל" לא כן

מבוטח בביטוח שניים באמצעות חברת "הפניקס" לא כן

הצהרה

- אני מצהיר ומאשר כדלקמן: ידוע לי כי אינני מחויב למסור לוועדה את המידע ו/או הפרטים ו/או הנתונים ו/או המסמכים שהריני מוסר לה במסגרת מילוי טופס זה (להלן: "המידע") ואני מוסר את המידע מרצוני ובהסכמתי; ידוע לי כי המידע ישמר על – ידי הוועדה במאגר מידע וכי בשימוש שתעשה הוועדה במידע יהא לצורך מתן שירותים שונים לגמלאי שב"ס ואני נותן את הסכמתי לכך.
- הריני מצהיר כי למיטב ידיעתי כל הפרטים ו/או הנתונים ו/או המסמכים שמסרתי במסגרת טופס זה ו/או שצירפתי לטופס זה הנם מלאים ונכונים, והריני מתחייב למסור לוועדה כל פרט ו/או נתון ו/או מסמך רלוונטי נוסף אשר יגיע לידיעתי ו/או לידי לאחר החתימה על הטופס. שכן אם אעשה כן אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק, ואהיה חייב להחזיר כל סכום שהוענק לי על ידי הקרן.

חתימת מגיש הבקשה: _____

למילוי ע"י רכז הוועדה סיכום החלטה.

סכום הסיוע המומלץ

חתימת חברי הוועדה:	יו"ר הוועדה:	רכז הוועדה:
--------------------	--------------	-------------