

בקשת מענק מקרן אורקיו לרווחת סוהרי שירות בתי הסוהר

מסמכים מצורפים:

- חובה לצרף לכל בקשה את המסמכים הבאים:
- תלוש משכורת
 - 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
 - צירוף דו"ח סוציאלי

פרטי הסוהר/ת

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

כתובת הסוהר/ת

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

פרטי בן/ת הזוג

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

פרטי בנק אליו מועברת משכורת הסוהר/ת

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

הכנסות חודשיות וחד פעמיות בנוסף למשכורת הסוהר/ת ובן/ת זוגו

כגון: קצבאות שונות, דמי מזונות, משכורת 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 | | | / / | |

לא כן % _____ סכום _____
 לא כן % _____ סכום _____

מקבלי קיצבת ביטוח לאומי
 מקבלי קיצבת משרד הביטחון

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 הסוהר/ת)

| 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 |
|--------------|------------|--------------------|---------|------------|---------|----------|--------------------------------|
| | | | | | | | 1 |
| | | | | | | | 2 |
| | | | | | | | 3 |
| | | | | | | | 4 |
| | | | | | | | 5 |
| | | | | | | | 6 |

- מבוטח בביטוח בריאות באמצעות קרנות הסוהרים לא כן . במידה וכן יש לסמן – יחיד / זוגי / משפחתי
- מבוטח בביטוח שיניים באמצעות קרנות הסוהרים לא כן . במידה וכן יש לסמן – יחיד / זוגי / משפחתי
- מבוטח בביטוח תאונות אישיות באמצעות קרנות הסוהרים לא כן . במידה וכן יש לסמן – יחיד / זוגי / משפחתי

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 לסוהרי 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 הסוהר/ת: _____