



# הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.)

## The Foundation for the Benefit of Holocaust victims in Israel

תאריך: \_\_\_\_\_:

### "רואים טוב" – פרויקט משקפי ראייה לניצולי שואה בשיתוף רשת סופר-פארם

הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל ורשת סופר-פארם אופטיק מפעילות מיזם למתן משקפי ראייה ללא עלות לניצולי שואה נזקקים.

#### • קבלת הסיוע בפרויקט מותנית בעמידה בקריטריונים הבאים:

1. יש למלא ולחתום על טופס הבקשה המצורף בעברית.
  2. צירוף אישור ניצולות שהונפק ע"י גוף פורמאלי (ניצולי שואה שקיבלו סיוע מהקרן בעבר אינם נדרשים לצרף אישור זה).
  3. הכנסותיו החודשיות של מגיש הבקשה אינן עולות על 9,514 ₪ ברוטו לחודש (לא כולל רנטות ותגמולים).
  4. מגיש הבקשה לא קיבל סיוע זהה מהקרן במהלך השנתיים האחרונות.
- הגשת הבקשה אינה מבטיחה קבלת אישור זכאות למשקפיים – מתן הסיוע מוגבל, ותלוי בתרומות המתקבלות מעת לעת.
  - במידה והבקשה תאושר, פרטיך יועברו לסניף שנבחר על ידך על מנת שייצרו עמך קשר לתיאום בדיקת ראייה והתאמת משקפיים. אין להגיע לסניף ללא תיאום מראש!
  - ניתן לקבל אך ורק את סוג המשקפיים שמוצע במסגרת הזכאות ועל פי המלאי המצוי בסניף. במקרים חריגים בהם נדרשים משקפיים שאינם במסגרת הזכאות (מסיבות רפואיות בלבד), תיתכן תוספת עלות כספית למבקש הבקשה.
  - ניתן לממש את ההטבה רק בסניף של סופר-פארם שנבחר על ידך בבקשה זו.
  - יובהר כי על הניצול יהיה להגיע פעמיים לסניף הסופר-פארם אליו הוא יופנה. פעם אחת לבדיקת ראייה ולבחירת מסגרת, ופעם שניה לשם התאמת המשקפיים וקבלתם.
  - סוג המשקפיים שיינתן במידה והבקשה תאושר יהיה זהה לסוג המשקפיים בו הניצול משתמש היום (למעט מקרים רפואיים שמצריכים שינוי בסוג).

נא למלא הטפסים ולשלוח לקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל לכתובת:

ת.ד. 7197 ת"א, 64734.

או לפקס מספר 03-6968294 או לכתובת המייל [info@k-shoa.org](mailto:info@k-shoa.org)

לשאלות ניתן לפנות למוקד הקרן בטלפון 03-6090866 בימים א' עד ה' בין השעות 00:00-16:00.

בכבוד רב,

הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע"ר)



# הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.)

## The Foundation for the Benefit of Holocaust victims in Israel

טופס בקשה לשובר עבור משקפי ראייה – פרויקט "רואים טוב"

פרטים אישיים	יש למלא בעברית ובכתב ברור
מספר תעודת זהות	
שם משפחה	
שם פרטי	
תאריך לידה	
מצב משפחתי (הקף בעיגול)	נשוי/אלמן/גרוש/רווק/אחר _____
מין (הקף בעיגול)	זכר / נקבה
ארץ לידה	
כתובת מגורים	עיר
	רחוב
	מספר בית
	מיקוד
דרכי התקשרות של הפונה	טלפון: _____
	נייד: _____
הכנסות חודשיות (אין צורך למלא סעיף זה אם קיבלת בעבר מענק כספי מהקרן לרווחה לנפגעי שואה במהלך 5 השנים האחרונות)	בטוח לאומי: _____
	פנסיה (כולל פנסיה מחו"ל): _____
	מקור אחר: _____

\*יש לצרף אישור ניצולות שהונפק ע"י גוף פורמאלי (ניצולי שואה שקיבלו סיוע מהקרן בעבר אינם נדרשים לצרף אישור זה).

באיזה סוג משקפיים אתה משתמש היום? (סמן את המשבצות/ות)	<input type="checkbox"/> רחוק
	<input type="checkbox"/> קרוב
	<input type="checkbox"/> מולטי פוקאל
	<input type="checkbox"/> בי פוקאל



# הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.)

## The Foundation for the Benefit of Holocaust victims in Israel

אנא בחר/י את הסניף אליו תרצה/י להגיע להתאמת המשקפיים (ניתן לבחור סניף אחד):

כתובת	שם הסניף	עיר	מס"ד	בחירת סניף (סמן X)
קניון מול הים, אילת	מול הים	אילת	1	
הסתת 14, מרכז ביג א.ת. אילת	ביג אילת	אילת	2	
הבנים 1, אשדוד	אשדוד סיטי	אשדוד	3	
שד' בן גוריון 21, מרכז גירון, אשקלון	אשקלון גירון	אשקלון	4	
חיל ההנדסה 2, ב"ש	ביג ב"ש	באר שבע	5	
שדרות דוד טוביהו 25, ב"ש	גרנד קניון ב"ש	באר שבע	6	
קניון הנגב	קניון הנגב	באר שבע	7	
יגאל אלון 1 מתחם ביג, בית שמש	ביג בית שמש	בית שמש	8	
יוספטל 92 בת-ים	קניון בת-ים	בת ים	9	
שדרות העצמאות 67 בת-ים	העצמאות בת ים	בת ים	10	
שד' שבעת הכוכבים 8, הרצליה	קניון שבעת הכוכבים	הרצליה	11	
רוטשילד 40, חדרה	קניון לב חדרה	חדרה	12	
גולדה מאיר 7, חולון	קניון חולון	חולון	13	
פלמ"ח 44, קרית	קרית	קרית	14	
מרכז ביג, ההסתדרות 248, מפרץ חיפה	קרית אתא	קרית	15	
דרך שמחה גולן נווה שאנן, חיפה	גרנד קניון חיפה	חיפה	16	
יהודה הלוי 1, טבריה	קניון טבריה ביג פאשיון	טבריה	17	
הסתדרות 3, ירושלים	מדרחוב	ירושלים	18	
פייר קניג 26 תלפיות, ירושלים	תלפיות	ירושלים	19	
שד' גולדה מאיר פינת רחוב הקונגרס הציוני, ירושלים	רמות י"ם	ירושלים	20	
וייצמן 63, פינת כצלסון, קניון ערים כפ"ס	קניון ערים	כפר סבא	21	
החרושת 14, כרמיאל	כרמיאל ביג סנטר	כרמיאל	22	
שד' שאול עמור 77, כיכר העיר, מגדל העמק	מגדל העמק	מגדל העמק	23	
קניון מודיעין	קניון מודיעין	מודיעין	24	
דרך העמק 999 מתחם דודג' סנטר, נצרת עילית	נצרת עלית	נצרת עילית	25	
הרצל 58 קניון השרון, נתניה	קניון השרון	נתניה	26	
גיבורי ישראל 5 א' א.ת. נתניה דרום	ביג פולג	נתניה	27	
רחוב ראשי סכנין (מול המכללה)	סכנין	סכנין	28	
בית חולים העמק, עפולה	עמק סנטר	עפולה	29	
הקניון הגדול פ"ת, ז'בוטינסקי 72 פ"ת	קניון אבנת פ"ת	פתח תקווה	30	
הדרום 3 מרכז ביג קרית גת, קרית גת	ביג קרית גת	קרית גת	31	
מתחם בילו סנטר, קרית עקרון	בילו חדש	רחובות/קרית עקרון	32	
מרכז קניות ביג, אוה"ת הדרומי קרית שמונה	ביג קרית שמונה	קרית שמונה	33	
בקר 15, ראש"צ	ראשון צפון	ראשון לציון	34	
סחרוב 21, ראש"צ	קניון הזהב	ראשון לציון	35	
קניון ראשונים	ראשונים	ראשון לציון	36	
בילו 2, רחובות	קניון רחובות	רחובות	37	
הרצל 91, רמלה	קרית רמלה	רמלה	38	
ביאליק 10, ר"ג	כופר הישוב	רמת גן	39	
המלאכה 2, אוה"ת רעננה	קניון רננים	רעננה	40	
דיזינגוף 50 דיזינגוף סנטר, תל-אביב	דיזינגוף סנטר	תל אביב	41	
שד' שאול המלך 4, ת"א	לונדון מיניסטור	תל אביב	42	
דרך פ"ת 132 פינת דרך השלום, תל-אביב	מרכז השלום	תל אביב	43	

רחוב המלאכה 3 (בית ויקטוריה, קומה 1) ת"א, מען למכתבים: ת.ד. 7197 ת"א, 6721503

[www.k-shoa.org](http://www.k-shoa.org)

פקס: 03-6968294

טל: 03-6090866



# הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל (ע.ר.)

## The Foundation for the Benefit of Holocaust victims in Israel

### הצהרה

**בחתימתי זו הנני מצהיר כדלקמן:**

1. אני מסמיך את הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל, (להלן: הקרן), לקבל מכל גוף ממשלתי, ציבורי, או פרטי בישראל או בחו"ל כל מידע בנוגע אלי ולבקשתי זו ולהכנסותיי, לרבות לקבל, לבדוק ולאמת כל מידע ממאגר מרשם האוכלוסין במשרד הפנים, כולל: שם פרטי ושם משפחה, סטאטוס (נפטר) ותאריך פטירה. תאריך וארץ לידה, תאריך וארץ עליה, מצב משפחתי, ת.ז., כתובת, לאום.
2. ידוע לי ואני מסכים כי, באם תאושר בקשתי, פרטי האישיים, אותם העברתי לקרן בטופס הבקשה, יועברו לחברה נותנת השירות ("סופר פארם") לצורך מתן השירות.
3. הנני מצהיר כי הפרטים אשר מסרתי הינם נכונים ומלאים, ידוע לי כי מסירת הצהרה כוזבת ו/או לא מלאה תגרום לביטול זכאותי לסיוע מהקרן לאלתר, וכן לנקיטת הליכים פליליים כנגדי.
4. הובא לידיעתי ואני מבין כי האחריות המלאה בכל הקשור למתן השירות, לרבות: בדיקות הראיה/ משקפי הראיה/ עדשות / אבזורי הראיה / אספקת המוצרים הינה של רשת סופר פארם ולא של הקרן.
5. ידוע לי כי הקרן תהיה רשאית להעביר את המידע שאותו מסרתי לה בטופס הבקשה כאמור לכל רשות מרשויות המדינה (לרבות גופים ציבוריים או תאגידיים שהוקמו מכח חוק), וכן תהיה רשאית להעביר את המידע לתורם וזאת למטרת הענקת הסיוע כאמור בכתב הצהרה זה וכן לצורך מילוי התחייבויותיה על פי כל דין. למען הסר ספק, ידוע לי ומוסכם עליי כי העברת המידע כאמור לגורמים המורשים, לרבות לרשת "סופר פארם", לא תהווה הפרה של כתב הצהרה זה.
6. יובהר כי מילוי טופס, חתימה עליו ושליחתו למשרדי הקרן אינם מבטיחים את קבלת השירות בשום צורה.

**ובאתי בזאת על החתום:**

שם המבקש: \_\_\_\_\_ חתימת המבקש: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

**נא למלא ולחתום על הטופס, לצרף אישור ניצולות, ולהחזירו לכתובת או לפקס הכתובים מטה.**

לשימוש המשרד - למילוי ע"י נציג הקרן בלבד:

המלצת הפקיד הממונה/עו"ס: \_\_\_\_\_