



תאריך: _____

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

הקרן לרווחת נפגעי השואה 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 5,500 ₪ 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 מצד מבקש 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 לרווחת נפגעי השואה לכתובת:
ת.ד. 7197 ת"א, 64734.

או לפקס מספר 03-6968294 או לכתובת המייל info@k-shoa.org

לשאלות ניתן לפנות למוקד הקרן בטלפון 03-6090866 בימים א' עד ה'
בין השעות 09:00-16:00.

בכבוד רב,

הקרן לרווחת נפגעי השואה (ע"ר)



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

יש למלא בעברית ובכתב ברור	פרטים אישיים	
	מספר תעודת זהות	
	שם משפחה	
	שם פרטי	
	תאריך לידה	
נשוי/אלמן/גרוש/רווק/אחר _____	מצב משפחתי (הקף בעיגול)	
זכר / נקבה	מין (הקף בעיגול)	
	ארץ לידה	
	עיר	כתובת מגורים
	רחוב	
	מספר בית	
	מיקוד	
טלפון :	דרכי התקשרות של הפונה	
נייד :		
ביטוח לאומי :	פירוט הכנסה חודשית (*אישור הבקשה מותנה בעמידה ברף הכנסה של 5,500 ₪)	
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).

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



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

כתובת	שם הסניף	עיר	מס"ד	בחירת סניף (X סמן)
הנשיא 1, אור עקיבא	אורות	אור עקיבא	1	
מרכז ביג רח' הסתת 14 א.ת. אילת	ביג אילת	אילת	2	
קניון מול הים, אילת	מול הים	אילת	3	
הבנים 1, אשדוד	אשדוד סיטי	אשדוד	4	
שד' בן גוריון 21, מרכז גירון, אשקלון	אשקלון (גירון)	אשקלון	5	
חיל ההנדסה 2, ב"ש	ביג ב"ש	באר שבע	6	
שדרות טוביהו דוד 125, באר שבע	גרנד קניון ב"ש	באר שבע	7	
צומת אלי כהן רח' שד' הנשיאים, קניון הנגב, ב"ש	קניון הנגב	באר שבע	8	
רח' ירושלים הבירה פינת השחם בית שאן	בית שאן	בית שאן	9	
יגאל אלון 1 מתחם ביג בית שמש	ביג בית שמש	בית שמש	10	
שדרות העצמאות 67 בת-ים	העצמאות בת ים	בת ים	11	
רח' יוספטל 92 בת-ים	קניון בת-ים	בת ים	12	
שד' שבעת הכוכבים 8 הרצליה	קניון שבעת הכוכבים	הרצליה	13	
רח' רוטשילד 40, חדרה	קניון לב חדרה	חדרה	14	
גולדה מאיר 7, חולון	קניון חולון	חולון	15	
דרך שמחה גולן נווה שאנן חיפה	גרנד קניון חיפה	חיפה	16	
רחוב יהודה הלוי 1, טבריה	קניון טבריה ביג פאשיון	טבריה	17	
רחוב ההסתדרות 3, ירושלים	מדרחוב	ירושלים	18	
רחוב אגודת ספורט בית"ר 5, קניון מלחה, ירושלים	מלחה	ירושלים	19	
שד' גולדה מאיר פינת רחוב הקונגרס הציוני, ירושלים	רמות י"ם	ירושלים	20	
פייר קניג 26 תלפיות י-ם	תלפיות	ירושלים	21	
רח' וייצמן 63, פינת כצלסון, קניון ערים כפ"ס	קניון ערים	כפר סבא	22	
החרושת 14, כרמיאל	כרמיאל ביג סנטר	כרמיאל	23	
שדרות החוצבים 10, מבשרת ציון	קניון מבשרת	מבשרת ציון	24	
שד' שאול עמור 77, כיכר העיר, מגדל העמק	מגדל העמק	מגדל העמק	25	
רחוב לב העיר 2, קניון מודיעין	קניון מודיעין	מודיעין	26	
דרך קדם 5, מעלה אדומים	קניון אדומים	מעלה אדומים	27	
שדרות בן צבי 1, נהריה	ארנה	נהריה	28	
אירוסים 53, קניוטר	נס ציונה	נס ציונה	29	
דרך העמק 999 מתחם דודג' סנטר, נצרת עילית	נצרת עלית	נצרת עילית	30	
גיבורי ישראל 5 א' א.ת. נתניה דרום	ביג פולג	נתניה	31	
הרצל 58, קניון השרון, נתניה	קניון השרון	נתניה	32	
רחוב ראשי סכנין (מול המכללה)	סכנין	סכנין	33	
בית חולים העמק, עפולה	עמק סנטר	עפולה	34	
רח' הקנאים 27, קניון ערד	ערד	ערד	35	
הקניון הגדול פי"ת, ז'בוטינסקי 72 פי"ת	קניון אבנת פי"ת	פתח תקווה	36	
מרכז ביג, ההסתדרות 248, מפרץ חיפה	קרית אתא	קרית אתא	37	
פלמ"ח 44, קרית ביאליק	קריון	קרית ביאליק	38	
הדרום 3 מרכז ביג קרית גת	ביג קריית גת	קרית גת	39	
קרית עקרון מתחם בילו סנטר רח' הדקל	ביליו חדש	קרית עקרון	40	
מרכז קניות ביג, אזוה"ת הדרומי קרית שמונה	ביג קרית שמונה	קרית שמונה	41	
רחוב שבזי 10 ראש העין	שבזי ראש העין	ראש העין	42	
סחרוב 21, ראשלי"צ	קניון הזהב	ראשון לציון	43	
שדרות ניס 2, ראשון לציון	קניון ראשונים	ראשון לציון	44	
בקר 15, ראשון צפון	ראשון צפון	ראשון לציון	45	
בילו 2, רחובות	קניון רחובות	רחובות	46	
שדרות הרצל 91, רמלה	קרית רמלה	רמלה	47	
ביאליק 10, ר"ג	כופר הישוב	רמת גן	48	
לנדאו 7, רמת גן	מרום סנטר	רמת גן	49	
רחוב האקליפטוס 3, רמת ישי	רמת ישי	רמת ישי	50	
המלאכה 2, אזוה"ת רעננה	קניון רננים	רעננה	51	
גינבלט, שכונת אל עיין שפרעם	שפרעם	שפרעם	52	
רח' דיזינגוף 50, דיזינגוף סנטר, תל-אביב	דיזינגוף סנטר	תל אביב	53	
שד' שאול המלך 4, ת"א	לונדון מיניסטור	תל אביב	54	
דרך פי"ת 132 פינת דרך השלום, תל-אביב	מרכז השלום	תל אביב	55	



הצהרה

(מעודכן לתאריך 16/6/2020)

בחתימתי זו הנני מצהיר כדלקמן:

1. אני מסמיך את הקרן לרווחת נפגעי 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 (ישראל) בע"מ, ולחברות הזכייין המפעילות את חנויות סופר-פארם. להלן - "סופר-פארם", לצורך מתן השירות וכן אני מסכים כי "סופר-פארם" תעביר לקרן אישור בכתב על כך שרכשתי באחת מחנויות סופר-פארם משקפיים על בסיס בדיקת ראייה שתבוצע לי לצורך כך.
3. הנני מצהיר כי הפרטים אשר מסרתי הינם נכונים ומלאים, לרבות הדיווח על עמידה ברף הכנסה חודשית של 5,500 ש"ח, 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 / אביזרי 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 ואת אישור סופר - פארם כאמור בסעיף 2 הנ"ל 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: