



Форма заявки на получение помощи сыном (дочерью) инвалида, не способным (-ой) заботиться о себе самостоятельно

(Может заполняться также представителем заявителя.)

А. Данные заявителя (сына/дочери лица, пережившего Холокост)

Имя:	Адрес:	Номер удостоверения личности заявителя:
Имя лица, пережившего Холокост (ныне покойного):	Номер удостоверения личности лица, пережившего Холокост:	Дата смерти:
Данные лица, подающего заявку от имени ребенка (в том случае, если заявка подается его представителем): (Имя, контактные данные, как связан с ребенком: опекун/адвокат/другое – указать подробности)		

Б. Информация о недееспособности (Данный раздел может заполняться также представителем от имени ребенка.)

Вы (ребенок) не в состоянии заботиться о себе самостоятельно и находились на иждивении инвалида? Да / Нет (обвести нужное)

Если да, с какого возраста? _____

Является ли причиной данного состояния физическое, психическое, когнитивное или сенсорное нарушение? Да / Нет (обвести нужное)

Если да, о каком нарушении идет речь? _____ В каком возрасте оно диагностировано? _____

Получаете ли вы (ребенок) пособие по нетрудоспособности в связи с данным нарушением? Да / Нет

Когда вы начали получать данное пособие? _____ (При заполнении данного пункта необходимо приложить подтверждения.)



Государство Израиль



Г. Контактные данные лица, осуществляющего уход

Укажите контактные данные лица, осуществляющего уход за заявителем, в том числе социального работника в отделе соцобеспечения мэрии или опекуна.

Имя:	Должность:	Номер телефона:
------	------------	-----------------

Приложите любые документы, способные детализировать или подтвердить сведения, указанные в заявке, в первую очередь – медицинские справки.

Я заявляю о том, что мое имя и моя подпись под данным заявлением являются подлинными, что содержание заявления соответствует действительности и что мне известно о предусмотренной законом ответственности за предоставление заведомо ложных сведений.

Сказанное подтверждаю своей подписью сегодня, ____ (день) ____ (месяц) ____ (год).

Подпись заявителя (-льницы)



Государство Израиль



Форма, заполняемая врачом управления в соответствии с п. 8 (б) инструкции номер 4.25 при рассмотрении заявки на получение помощи сыном (дочерью) инвалида, не способным (-ой) заботиться о себе самостоятельно

Уважаемый доктор/профессор!

В соответствии с положениями законодательства и инструкции номер 4.25, при принятии решения о выплате пособия родственнику инвалида управление обязано убедиться в том, что заявитель не способен заботиться о себе самостоятельно с момента достижения им 18-летнего возраста и что причиной данного состояния является физическое, психическое, когнитивное или сенсорное нарушение.

Просим Вас представить на основании документов, прилагающихся к данной форме, медицинское заключение о способности заявителя заботиться о себе и о вероятности наличия причинно-следственной связи между данным состоянием заявителя и физическим, психическим, когнитивным или сенсорным нарушением.

Просим Вас указать подробные сведения в прилагающейся форме.

А. Данные заявителя (сына/дочери лица, пережившего Холокост)

Имя:	Адрес:	Номер дела в управлении:
------	--------	--------------------------

Б. Имеется ли у заявителя физическое, психическое, когнитивное или сенсорное нарушение? Да / Нет (обвести нужное)

В. Если да, о каком нарушении идет речь? _____ В каком возрасте оно диагностировано? _____

Ограничение:	Когда диагностировано:	Степень нетрудоспособности:
--------------	------------------------	-----------------------------

Считаете ли Вы, что с медицинской точки зрения можно говорить о наличии причинно-следственной связи между неспособностью заявителя заботиться о себе самостоятельно с момента достижения им 18-летнего возраста и указанным нарушением? _____