



תאריך: _____

הנידון: בקשה להכרה במחלה נוספת - דמנציה

שם:

מס' תיק:

ת.ז.:

כתובת:

הנני פונה אליכם בבקשה להכיר במחלת דמנציה, אלצהיימר, ירידה קוגניטיבית

מצ"ב מסמכים רפואיים המפרטים את המחלה ומציינים את תאריך הופעת המחלה לראשונה.

בקשה לקבלת הטבות נוספות לניצולי שואה חולי דמנציה

ככל שיוכר הקשר הסיבתי בין המחלה לבין רדיפות הנאצים, הנך עשוי להיות זכאי להטבות נוספות.

נא לסמן מהי ההטבה המבוקשת –

○ **סיוע כספי חודשי למקבלי גמלת סיעוד המעסיק מטפל ישראלי / דיור מוגן**

○ **סיוע כספי חודשי למעסיק עובד זר**

- א. צילום ביטוח רפואי או כרטיס קופת חולים של העובד הזר.
- ב. צילום דרכון של העובד הזר.
- ג. צילום אשרת עבודה בתוקף.
- ד. צילום היתר העסקה בתוקף מטעם רשות ההגירה והאוכלוסין.
- ה. מכתב השמה חתום ובר תוקף.

○ **השתתפות במימון אשפוז במוסד סיעודי**

- א. יש להמציא בקשה בכתב להשתתפות במימון אשפוז במוסד סיעודי הכוללת:
שם הניצול+ מספר תעודת זהות. יש לציין שהבקשה היא עקב מחלת הדמנציה.
- ב. אישור מגורים מהמוסד הכולל: שם המוסד+ שם המחלקה בה מאושפז ותאריך הכניסה למקום.
- ג. אישור מרופא המוסד על כך שהניצול מתגורר במוסד בגין מחלת הדמנציה.

○ **תשלום חודשי במימון מוצרי ספיגה**

- א. מכתב מרופא משפחה המאשר כי הניצול משתמש במוצרי ספיגה עקב מחלת הדמנציה.

רצ"ב המסמכים והאישורים הנדרשים למימוש זכאותי.

בכבוד רב,

מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות