



טופס בקשה לסבסוד ימי מנוחה לחולים ומחלימים

אישור הבקשה כפוף להחלטת וועדת הארגון
כל הפרטים יישמרו בסודיות מלאה

כללים ותנאים להגשת הבקשה:

1. יש לקרוא ולמלא את כל סעיפי הטופס באופן מלא
2. יש לצרף לבקשה מסמכים/אישורים רפואיים/המלצה לחופשה בגין מחלה ו/או כל מסמך אחר התומך בבקשה
3. הזכאות לימי ההבראה המסובסדים הינה עד 30 יום מתאריך השחרור מבית"ח/סיום הטיפולים או במהלך תקופת המחלה. *שימו לב! בשל משבר הקורונה הוארכה תקופת זכאות של עד 4 חודשים מסיום ההליך הרפואי
4. אין להחליף בין המלווים השוהים בתקופת האירוח אלא באישור מראש בלבד!
5. במידה והנכם זכאים להחזר מקופת חולים יש לציין זאת בסעיף המתאים. במידה ואינכם יודעים על זכאות מומלץ לברר זאת מול קופת החולים בה הנכם מבוטחים
6. אין בטופס זה התחייבות מצד הארגון לאישור הבקשה. הבקשות יידונו ע"י הוועדה של הארגון וייענו במהירות האפשרית ועד שבוע ימים
7. החתימה על טופס זה מהווה אישור והצהרה כי קראתם והנכם מתחייבים למלא את כל האמור בסעיפים הנ"ל, וכל המידע שנמסר מצידכם הינו נכון, אמיתי ומדויק

את הטופס המלא בצירוף המסמכים הנדרשים יש לשלוח חזרה למייל

office.mcvy@gmail.com או לפקס 077-4703784

לשאלות או בירורים בנוגע לבקשה יש לפנות למזכירות הארגון: 055-675-4523

פרטי המטופל:

שם מלא של המטופל/ת: _____
ת.ז. _____ גיל: _____
עיר מגורים: _____ רחוב: _____ מס': _____
מצב משפחתי (סמנו): רווק/ה , אלמן/ה , גרוש/ה , נשוי/אה לנשואים - מס' ילדים: _____
טל' בבית: _____ נייד: _____
דוא"ל: _____
קופ"ח: _____

פרטי מלווה/איש קשר:

שם מלווה/איש קשר: _____ קירבה: _____
טל' בבית: _____ נייד: _____
דוא"ל: _____

פרטי הבקשה:

סיבת הבקשה:

פרטי המקרה בהרחבה:

במידה והיה אשפוז, כמה ימי אשפוז: _____ במחלקה: _____
האם קיימת זכאות מקופת החולים לימי הבראה? כן / לא

פרטי האירוח:

מס' לילות שתרצו לשהות באירוח: _____
האם נדרשת קבלה/חשבונית? כן / לא
במידה ויש תאריכי הגעה מועדפים נא לציין: _____
* יצוין כי העמותה אינה מתחייבת לעמוד בתאריכים אלו, ותעשה כל שביכולתה עמ"נ להיענות לבקשה.