



טופס בקשה לסבסוד ימי מנוחה אולדות

כללים ותנאים להגשת הבקשה:

1. יש לקרוא ולמלא את כל סעיפי הטופס באופן מלא.
2. הזכאות לימי ההבראה המסובסדים עד 4 חודשים ממועד הלידה.
3. האירוח המסובסד מטעם הארגון מ-2 לילות ומעלה.
4. האירוח המסובסד מטעם הארגון הינו לאמצע שבוע בלבד.
5. למעוניינים באירוח בשבתות, יש לבדוק אפשרויות מול מזכירות הארגון.
6. אין להחליף בין המלווים השוהים בתקופת האירוח אלא באישור מראש בלבד!
7. 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.
7. אין בטופס זה התחייבות מצד הארגון לאישור הבקשה. הבקשות יידונו ע"י הוועדה של הארגון וייענו במהירות האפשרית ועד שבוע ימים.

פרטי היולדת:

שם מלא של היולדת: _____

ת.ז. _____ גיל: _____

עיר מגורים: _____ טלפון: _____

דוא"ל: _____

קופ"ח: _____

פרטי הלידה:

תאריך הלידה: _____

מס' לידה: _____

ביה"ח בו ילדת: _____

האם היו קשיים/סיבוכים לפני/במהלך/אחרי הלידה*: _____

*במידה וכן, קיימת אפשרות לסבסוד נוסף מטעם הארגון

פרטי האירוח:

מס' לילות שתוצו 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.

את הטופס המלא בצירוף המסמכים הנדרשים יש לשלוח חזרה מייל:
mcvy11@gmail.com או לפקס: 077-4703784