איגוד גימלאי המשטרה ושב"ס
בניין מטה מחוז תל-אביב דרך שלמה 18 תל-אביב יפו 68111
טלפון : 03-6319560 פקס : 03-6312447

בקשה לקבלת מענק מצוקה רפואי מיוחד חד פעמי

פרטים אישיים

מ.א- שם ומשפחה- ת.לידה-

כתובת-

טלפון-

תאריך יציאה לגמלאות- מצב משפחתי-

פרטי בקשת המענק

המענק דרוש לי לצורך-

סה"כ הכנסתי – מפנסיה וקצבת ביטוח לאומי:_____ ש"ח

סה"כ הכנסות **בן זוגי/תי** מעבודה , פנסיה וקצבת ביטוח לאומי - :_____ ש"ח

סה"כ שכר נטו מעבודה נוספת של המבקש / בת הזוג _____ש"ח

סה"כ הכנסות מקצבאות משרד הביטחון / קרן פנסיה / ביטוח לאומי _____ש"ח

סה"כ הכנסות נוספות שלא פורטו לעיל _____ש"ח

מצורף תלושי משכורת לחודש-_____

מצורף תדפיס חשבון בנק 3 חודשים אחרונים .

מצורפים מסמכים רפואיים וחשבוניות / קבלות של ההוצאות הרפואיות הנוגעים לבקשה .

הצהרת המבקש:

הנני מצהיר בזאת כי לא קיבלתי מענק כספי בעבר וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים, אם יתברר שהצהרתי זו אינה נכונה,הנני מתחייב להחזיר לקופת האגוד את המענק או חלק ממנו .

חתימת המבקש-_____ **תאריך**-_____

המלצת יו"ר הסניף לאור הכרות הגמלאי/ת

_____

_____

_____

ריכוז ממצאים על ידי מזכירת האגוד-

הגמלאי חבר איגוד משנת: קיבל / לא קיבל _____ ₪ מענק בתאריך:

החלט הוועדה

אושר מענק בסך- ₪ .

לא אושר המענק מסיבה-

חתימה- תאריך-

חתימה- תאריך-

חתימה- תאריך-

חתימה- תאריך-

טיפול המשרד

המענק אושר ונשלח שיק על סך - ₪ בתאריך.

המענק לא אושר ונשלחה הודעה לגמלאי בתאריך .

הבקשה הועברה לקצינת הרווחה ב_____לצורך תחקיר רווחה והמשך טיפול במסגרת סל רווחה החדש.

נרשם ביומן המעקב והוזן למחשב על ידי מזכירת האגוד בתאריך-

חתימת מזכירת האגוד.