

## תוכנית טיפולים פארא רפואיים "טיפולים בבית" טופס הרשמה 2017-3

קרן מלכי הינה עמותה רשומה אשר נוסדה ב-11 לספטמבר 2001. הקרן היא יד זכרון למלכה חנה רוט ז"ל אשר נרצחה ב-9 לאוגוסט 2001 בגיל 15, במתקפת טרור של החמאס במסעדת סבארו בירושלים. ניתן לקרוא על פעילויות הקרן באתר [www.kerenmalki.org](http://www.kerenmalki.org)

תקופת הזכאות לילד שמתקבל לתוכנית היא עד ה-31 לדצמבר 2017. סכום הסיוע לילד לשנה עומד על 6,000 ₪.

1. קרן מלכי משתתפת בהוצאות טיפולים למשפחות אשר מתגוררות בישראל, מכל דת או לאום ולהם ילד עד גיל 18 (ביום הקבלה לתוכנית) עם נכות קשה המתגורר בבית. הטיפולים בהם משתתפת קרן מלכי הינם:  
**פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, ריפוי בדיבור, הידרותרפיה ורכיבה טיפולית.**
2. משפחה המבקשת להתקבל לקרן מתבקשת למלא את הטופס המצורף.  
בנוסף, על המשפחה לצרף דו"ח רפואי, **מרופא ילדים התפתחותי או נירולוג ילדים**. הדו"ח הרפואי חייב לכלול אבחנה, תיאור המצב ותופעות. הדו"ח הרפואי **אין** צריך להמליץ על טיפולים עבור הילד/ה כיון שהסיוע הניתן על ידי קרן מלכי מותיר שיקול דעת בבחירת הטיפולים בידי המשפחה. יש לשלוח העתק של הדו"ח הרפואי בלבד. **דוחו"ת מקוריים אשר יישלחו לא יוחזרו על ידי הקרן לשולחיהם.**

נא לשים לב כי הדו"ח הרפואי צריך להיות עדכני לפי ההנחיות הבאות:

- עבור ילדים בגילאי לידה עד שנה יש להמציא אישור אשר נערך לא יותר מאשר חודשיים לפני הגשתו  
עבור ילדים בגילאי שנה עד שלוש יש להמציא אישור אשר נערך לא יותר מאשר ארבעה חודשים לפני הגשתו  
עבור ילדים בגילאי שלוש עד שש יש להמציא אישור אשר נערך לא יותר מאשר שישה חודשים לפני הגשתו  
עבור ילדים מעל גיל שש יש להמציא אישור אשר נערך לא יותר מתשעה חודשים לפני הגשתו
3. קרן מלכי תספק סיוע כלכלי למשפחה רק לאחר שניצלה את כל זכויותיה במערכת הבריאות והחינוך. יש לקבל מקופת החולים מכתב המפרט לאלו טיפולים פארא-רפואיים הילד זכאי, והאם הוא מממש זכאות זו. גם אם הילד אינו זכאי לטיפולים יש לקבל מכתב מקופת החולים המציין זאת. ללא המכתב הזה לא נוכל לקבל את הילד לתוכנית. (ניתן לפנות לעמותת קשר בכדי לקבל מידע על זכויות המשפחה בטלפון 02-623-6116).
4. את הטופס הדו"ח הרפואי והמכתב מקופ"ח יש לפקס לקרן מלכי במספר פקס 03-542-3783 או לשלוח אל קרן מלכי, ת.ד. 53314, ירושלים 9153301. המשפחה מתבקשת לא לשלוח חומר כלשהו בדואר רשום.
5. לברורים יש להתקשר לקרן מלכי, בטלפון מספר 02-567-0602, בימים א'-ה' בין השעות 08:30-16:00.

**כתובתנו:** קרן מלכי, ת.ד. 53314 ירושלים 9153301 **טלפון:** 02-567-0602 **פקס:** 03-542-3783

[www.kerenmalki.org](http://www.kerenmalki.org) | [office@kerenmalki.org](mailto:office@kerenmalki.org)

6. קרן מלכי תדון בכל פניה, והודעה על אישור השתתפות קרן מלכי בהוצאות טיפולים פארא רפואיים, או לחילופין הודעת דחייה, תתקבל בדואר/דואר אלקטרוני.
7. אישור ההשתתפות של קרן מלכי הינה עבור הטיפולים שהמשפחה ביקשה עבור ילדם מתוך האפשרויות הללו: פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, ריפוי בדיבור, פיזיותרפיה, הידרותרפיה ורכיבה טיפולית.
8. **קבלות אשר ניתנו בגין החזרי כספים, יעברו לרשות קרן מלכי ולא יושבו לשולחיהם.**
9. קרן מלכי איננה משתתפת בטיפולים באופן רטרואקטיבי. תאריך הקבלה לקרן נמצא על טופס האישור.
10. **קרן מלכי משתתפת בתשלום עבור טיפולים אך ורק בגין טיפולים אשר ניתנו בפועל, למען הסר ספק יובהר כי הקרן לא תסייע במימון טיפולים אשר משולמים מראש.**
11. **העמותה אינה מסבסדת החזרות על טיפולים שממומנים באופן חלקי על ידי גוף אחר.**
12. לאחר מתן אישור, בדבר הצטרפות הילד/ה לקרן, ולפני התחלת הטיפולים, המשפחה נדרשת להמציא את התעודות של המטפל. רק לאחר אישור הקרן כי המטפל מאושר על ידי הקרן, תסייע הקרן בטיפולים בהתאם למדיניות הקרן.
13. הטיפולים חייבים להתבצע במשרד המטפל או בבית המטופל, ואינם יכולים להתבצע בבית-הספר או במוסד.
14. הטיפול חייב להיות טיפול ליחיד, ולא להתבצע בקבוצה. טיפולים קבוצתיים לא יזכו להשתתפות הקרן.
15. **משלוח קבלות:** לאחר שהמטפל אושר על ידי הקרן, על המשפחה לשלוח קבלות מקוריות (**לא** בדואר רשום), פעם בחודש, לכתובת ת.ד. 53314, ירושלים, 9153301. קרן מלכי אינה מכירה בהעתקים, ואף לא בהעתקים נאמנים למקור. על כן המשפחה נדרשת לשלוח את הקבלות המקוריות. מומלץ למשפחה לשמור העתקי קבלות אצלה, או רישום הקבלות שנשלחו.
16. בנוסף, יש לוודא כי המטפל ציין על גבי הקבלה את הפרטים הבאים:
- שם הילד
  - שם ההורה
  - שם המטפל (במידה שמדובר במכון)
  - סוג הטיפול
  - תאריכי הטיפול על כל קבלה.
  - כל פרט אשר שונה או אשר איננו רשום על ידי המטפל/מכון עצמו, דרוש חתימה בחותמת.
17. עם מילוי כל התנאים המפורטים לעיל תשלח למשפחה המחאה בגובה של עד 85% מערך עלות הטיפול, לפי שיקולי הוועדה המקצועית המייעצת של העמותה.
18. תוקף האישור בהשתתפות הקרן בטיפולים פארא-רפואיים תקף עד סוף דצמבר 2017. לקראת סוף תקופה זו תקבל המשפחה הוראות על חידוש הזכאות.
19. קרן מלכי שומרת לעצמה את הזכות להפסיק את מתן הסיוע הכספי בכל עת בלא כל מתן הודעה מוקדמת.

אין בקבלה לקרן מלכי משום התחייבות של הקרן לתמיכה כל שהיא בגורם כלשהו. מובהר בזאת כי הקרן רשאית להפסיק את תמיכתה בכל גורם כל שהוא בהתאם לשיקול דעתה הבלעדי

כתובתנו: קרן מלכי, ת.ד. 53314 ירושלים 9153301 **טלפון:** 02-567-0602 **פקס:** 03-542-3783

[www.kerenmalki.org](http://www.kerenmalki.org) | [office@kerenmalki.org](mailto:office@kerenmalki.org)



תוכנית זו ממומנת  
בסיוע קרן יוסף  
וקריסטינה קסירר

Slomo and Cindy  
Silvian  
Foundation

בחסות:

כתובתנו: קרן מלכי, ת.ד. 53314 ירושלים 9153301 **טלפון:** 02-567-0602 **פקס:** 03-542-3783  
[www.kerenmalki.org](http://www.kerenmalki.org) | [office@kerenmalki.org](mailto:office@kerenmalki.org)



Jewish Federation®  
OF WESTERN CONNECTICUT

תוכנית זו ממומנת  
בסיוע קרן יוסף  
וקריסטינה קסירר

Slomo and Cindy  
Silvian  
Foundation

בחסות:

App

Rej

Def

לשימוש משרדי בלבד

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

תאריך קבלת הטופס \_\_\_\_\_

מספר DUC: \_\_\_\_\_



**KEREN MALKI**

קרן מלכי לזכרה של מלכי רוט הי"ד  
THE MALKI FOUNDATION

## בקשה להשתתפות בהוצאות טיפולים פארא רפואיים

← כל שדה שמסומן בכוכבית (\*) חובה למלאות

* פרטים אישיים		
* שם משפחה בעברית ובלועזית:	* שם הילד/ה:	
* תאריך לידה הילד/ה:	* ת.ז. הילד/ה:	
* שם האב:	* שם האם:	
* כתובת כולל מיקוד:		
טלפון בבית:	* טלפון נייד (אם)	
	* טלפון נייד (אב)	
* בקשה ראשונה?:	דוא"ל:	
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	
* אבחנה		
* אבחנה:		
* דו"ח רפואי מצורף מהרופא המאבחן - שם וכתובת:	* סוג הרופא:	
	<input type="checkbox"/> נירולוג <input type="checkbox"/> ילדים התפתחותי	
טלפון (הרופא):	קופ"ח:	
* טיפולים ניתנים		
* סוג המסגרת החינוכית בה לומד/ת הילד/ה	* סוג טיפולים שהילד/ה מקבל/ת בבב"ס או מעון <b>ותדירותם</b>	
* הטיפולים שהילד/ה מקבל/ת מקופת חולים או ממשרד הבריאות <b>ותדירותם</b>		
* הטיפולים שהילד/ה מקבל/ת באופן פרטי <b>ותדירותם</b>		
* הטיפולים המבוקשים		
<input type="checkbox"/> ריפוי בעיסוק	<input type="checkbox"/> רכיבה טיפולית	<input type="checkbox"/> הידרותרפיה
<input type="checkbox"/> ריפוי בדיבור	<input type="checkbox"/> פיזיותרפיה	<input type="checkbox"/> ספורט טיפולי באל"ן
* מסמכים		
* חובה לצרף סיכום רפואי מפורט חתום ע"י נירולוג או רופא ילדים התפתחותי ומכתב מקופת חולים לגבי זכאות לטיפולים (עבור ילדים הנמצאים במעון יום שיקומי אין צורך לצרף מכתב מקופת חולים לגבי זכאות לטיפולים). הדו"ח הרפואי צריך להיות מעודכן לפי ההנחיות המופיעות בעמוד הראשון בנקדה מספר 2.		
* אין בקבלה לקרן מלכי משום התחייבות של הקרן לתמיכה כל שהיא בגורם כלשהו. מובהר בזאת כי הקרן רשאית להפסיק את תמיכתה בכל גורם כל שהוא בהתאם לשיקול דעתה הבלעדי.		
* חתימת הורה:	* תאריך:	
7		

**כתובתנו:** קרן מלכי, ת.ד. 53314 ירושלים 9153301 טל' 02-567-0602 פקס' 03-542-3783

**שאלות בקשר לבקשה זאת?** 02-567-0602 (בין השעות 08:30 ל-16:00)

קרן מלכי תספק סיוע כלכלי למשפחה רק לאחר שהמשפחה ניצלה את כל זכויותיה במערכת הבריאות והחינוך.

לקבלת מידע על זכויות המשפחה נא לפנות לעמותת "קשר" בטלפון מספר 02-623-6116.



תוכנית זו ממומנת  
בסיוע קרן יוסף  
וקריסטינה קסירר

Slomo and  
Cindy Silvian  
Foundation

בחסות: