



ארגון עובדי צה"ל

מקצוענים בליבות רצבא



# בקשה לסייע רפואי

הסתדר  
הבית של העובדים ב

מרחב \_\_\_\_\_  
ד.צ. \_\_\_\_\_  
תאריך. \_\_\_\_\_

|          |         |                |          |            |                |               |
|----------|---------|----------------|----------|------------|----------------|---------------|
| שם משפחה | שם פרטי | מס. תעודת זהות | שנת לידה | מצב משפחתי | ת. תחילת עבודה | מספר טל' נייד |
|----------|---------|----------------|----------|------------|----------------|---------------|

**סיבות הפנייה - יש לפרט את המקרה הרפואי**

הבקשה הינה לטובת - העובד / אשת העובד / בן, בת העובד

**הצהרת העובד:-** בחתימתי הנני מוותר כלפי ארגון עובדי צה"ל על פרטיות וסודיות הרפואית ביחס לבקשה.

ומצהיר בזאת שלא קיבלתי עבור הקבלות המצורפות החזר מגורם אחר.

חתימת העובד/ת \_\_\_\_\_

| מס          | פריט<br>מכשיר רפואי/<br>טיפול/תרופה | סכום<br>הקבלה | סכום<br>השתתפות<br>קופ"ח כולל<br>מושלם | סכום<br>השתתפות<br>ביטוח<br>רפואי פרטי | סכום<br>הנדרש<br>לסיוע | הערות |   |
|-------------|-------------------------------------|---------------|--|--|------------------------|-------|---|
|             |                                     |               |  |  |                        |       | 1 |
| <b>סה"כ</b> |                                     |               |  |  |                        |       |   |

המלצה וחתימת וועד העובדים (משפחה ופרטי) \_\_\_\_\_ נייד ליצירת קשר \_\_\_\_\_

המלצה וחתימת מזכיר אזורי \_\_\_\_\_

**לוטה מסמכים:**

1. חוות דעת רפואית הכוללת המלצה לביצוע טיפול / מכשיר רפואי / תרופה.

2. קבלות מקוריות עבור הוצאות רפואיות.

3. אישור קופ"ח על השתתפות / אי השתתפות.

**החלטת ועדת קרן סיוע רפואי**

לאשר סיוע רפואי בסך \_\_\_\_\_ ₪ תאריך: \_\_\_\_\_, הערות \_\_\_\_\_

בקשה חריגה \_\_\_\_\_

הוחלט לדחות הבקשה מסיבות: \_\_\_\_\_

**חתימות חברי הוועדה:** - 1. יו"ר הוועדה: - 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_