

תוכן הנוהל

- 1 כללי
- 2 מטרת הנוהל
- 3 ביסוס הנוהל
- 4 הגדרות
- 5 סמכויות
- 6 תנאי הזכאות
- 7 הגשת בקשה לתגמול לבן משפחה

1. כללי

כחלק מהסדר שנקבע עבור ניצולי שואה ונכי מלחמה בנאצים שנפטרו ללא בני זוג והותירו בני משפחה תלויים נקבעה זכאותם של ילדים שאינם מסוגלים לעמוד ברשות עצמם לקבלת תגמול חודשי למשך שנה (להלן – הסיוע לילד).

2. מטרת הנוהל

לפרט את תנאי הזכאות ולהסדיר את הטיפול בבקשות לקבלת הסיוע לילד.

3. ביסוס הנוהל

ס' 11(א)(ב) לחוק נכי המלחמה בנאצים, התשי"ד-1954 (להלן – חוק נר"ן);

ס' 13(א)(ג) לחוק נכי רדיפות הנאצים, התשי"ז-1957 (להלן – חוק נכי המלחמה).

4. הגדרות

נכה – איש או אישה שהוכרה ברשות כזכאי/ת לתגמול חודשי עבור ניצול שואה או נכה מלחמה בנאצים.

ילד – ילד של נכה.

5. סמכויות

מחלקת זכאות וביקורת – טיפול בבקשות המוגשות על פי נוהל זה.

6. תנאי הזכאות

א. הזכאות לקבלת סיוע לילד אחד או יותר לאחר פטירת הנכה, כפופה לפי הוראות החוק לקיומם של התנאים הבאים:

1. לנכה לא היה בן זוג ערב הפטירה.
 2. המבקש הינו ילדו של הנכה.
 3. המבקש אינו עומד ברשות עצמו מגיל 18.
 4. מצב זה נגרם מחמת מוגבלות פיזית, נפשית, שכלית או חושית אשר קיימת לילד עוד לפני גיל 18 (להלן: המוגבלות).
 5. הנכה פרנס את המבקש.
- ב. בהתאם לחוק, ישולם הסיוע לילד בשיעור שנקבע לפי ס' 11(א) לחוק נר"ן או ס' 13(א) לחוק נכי המלחמה, למשך 12 חודשים מיום הפטירה, בשיעור שהיה קיים במועד זה.
- ג. ככל שיש יותר מילד אחד שעומד בתנאים, הסיוע יינתן במלואו לכל אחד מהם.

7. הגשת בקשה לסיוע לילד

בקשה לקבלת סיוע לילד תוגש לרשות על גבי טופס מתאים המצורף כנספח לנוהל זה, בצירוף אסמכתאות רלוונטיות.

8. טיפול בבקשה לסיוע לילד

- א. בקשה לקבלת סיוע לילד תועבר ותטופל על ידי מנהלת מחלקת זכאות וביקורת, אשר תברר כי התנאים שנדרשו בנוהל זה מתקיימים, וזאת בהסתמך על המסמכים שצורפו לבקשה.
- ב. לצורך בירור קיומו של תנאי 4.א.6 תקבל מנהלת מחלקת זכאות וביקורת עמדה של רופא מטעם הרשות לצורך בחינת קיומו של קשר סיבתי בין אי עמידת ילד הניצול ברשות עצמו מגיל 18 ובין המוגבלות.
- ג. הליך הבחינה יתועד ויישמר במערכת הרשות על ידי מנהלת מחלקת זכאות וביקורת, והחלטת הרשות המוסמכת תישלח לבן המשפחה. בהחלטה תצוין הזכות לערור עליה בפני ועדת העררים, כמקובל.
- ד. עם אישור הבקשה תצא על ידי מחלקת זכאות וביקורת הוראת תשלום לחשבות התגמולים לצורך ביצוע התשלום. ככל שקיימת זכאות לתגמול לפי הכנסה או תגמול מוגדל לפי הכנסה – תצא הודעה זאת על ידי מחלקת שיקום ורווחה.

נוהל מס' 4.25

סיוע לילד שאינו עומד ברשות עצמו

טופס הגשת בקשה עבור ילד/ה של נכה, שאינו/ה עומד/ת ברשות עצמו/ה

(ניתן למלא גם באמצעות נציג מטעם הילד)

א. פרטי המבקש (ילד/ת הניצול/ה):

שם:	כתובת:	ת"ז של המבקש:
שם הניצול/ה ז"ל:	ת"ז של הניצול:	תאריך פטירה:
פרטי מגיש הבקשה עבור הילד (במקרה שהבקשה מוגשת על ידי נציג מטעמו):		
(שם, פרטי קשר, קשר לילד – אופוטרופוס/עו"ד/אחר – נא לפרט)		

ב. פרטים הנוגעים להסתמכות (ניתן למלא בשם הילד על ידי נציג):

האם אינך (הילד) עומד ברשות עצמך ונסמכת על הנכה לצורך פרנסתך? כן / לא (להקיף את המתאים).

אם כן – מאיזה גיל? _____

האם מצב זה נגרם כתוצאה ממוגבלות פיזית, נפשית, שכלית או חושית? כן / לא (להקיף את המתאים)

אם כן – באיזו מוגבלות מדובר? _____ באיזה גיל אובחנה? _____

האם הנך (הילד) מקבל קצבת נכות בקשר עם מוגבלות זאת? כן/לא

מתי התחלת לקבל לראשונה קצבה זאת? _____ לגבי סעיף זה יש לצרף אסמכתאות

נוהל מס' 4.25

סיוע לילד שאינו עומד ברשות עצמו

ד. פרטי קשר של גורם מטפל

נא פרט את פרטי הקשר של הגורם המטפל, ובכלל זה: עו"ס בלשכת הרווחה בעירייה או אפוסטרופוס שמונה על ידי בית המשפט:

שם:	תפקיד:	מספר טלפון:

נא לצרף כל מסמך שיש בו לפרט ולתמוך במפורט בטופס הבקשה, במיוחד – מסמכים רפואיים.

אני מצהיר/ה כי זה שמי וזו חתימתי ותוכן הצהרתי זו אמת, וכי ידוע לי כי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק בגין מסירת ידיעות כוזב.

ולראיה באתי על החתום ביום _____ לחודש _____ לשנת _____

חתימת המצהיר

טופס למילוי על ידי רופא הרשות לפי סעיף 8(ב) לנוהל מספר 4.25

בעניין סיוע לילד שאינו עומד בפני עצמו

אל ד"ר/ר' פרופ'

בהתאם להוראות החוק ולנוהל מספר 4.25, לצורך קבלת החלטה על מתן קצבה לבן משפחה של נכה, על הרשות לבחון את קיומו של התנאי כי המבקש אינו עומד ברשות עצמו מגיל 18, וכי מצב זה נגרם בשל מוגבלות פיזית, נפשית, שכלית או חושית.

נבקשך לתת את עמדתך הרפואית, על יסוד המסמכים המצורפים לטופס זה, לגבי קיומו של התנאי כאמור, ובפרט לגבי היתכנות של קשר סיבתי בין אי-עמידת המבקש ברשות עצמו ובין מוגבלות פיזית, נפשית, שכלית או חושית.

נבקשך לפרט את הממצאים בטופס הרצ"ב.

א. פרטי המבקש (ילד/ת הניצול/ה):

שם:	כתובת:	מספר תיק ברשות:

ב. האם למבקש מוגבלות פיזית, נפשית, שכלית או חושית? כן / לא (להקיף את המתאים)

ג. אם כן – באיזו מוגבלות מדובר? באיזה גיל אובחנה? _____.

המוגבלות	גיל האבחון	דרגת נכות

האם לפי מיטב שיקול דעתך הרפואי ניתן לייחס קשר סיבתי בין אי-עמידת המבקש ברשות עצמו מגיל 18 לבין המוגבלות שצוינה? _____