

לשימוש מסרדי בלבד

App

Rej

Def

--	--	--	--	--	--	--



Program Application (Rev 6.2): "Right to Nurture"

Please **complete every question** to avoid delay in our processing of your application

Note: **Keren Malki's support is given without any undertaking or obligation on its part, and may be terminated at any time in its sole discretion.**

Personal Details			
1	* Surname:	* Child's first name:	
	* Child's date of birth:	* Child's Teudat Zehut number:	
	Father's first name:	* Mother's first name:	
	* Home address incl. postal code:		
	* Phone (home):	Phone (cell):	
	Important: Is this a <i>renewal</i> application? Yes / No		
Diagnosis			
All of the following information fields must be completed even if the same information is contained in the medical report			
2	Diagnosis of child's condition:		
	Name of diagnosing doctor:	Diagnosing doctor is... <input type="checkbox"/> Paediatric neurologist <input type="checkbox"/> Paediatric developmental specialist <input type="checkbox"/> Psychiatrist (cases of PDD)	
	Doctor's phone:	Your kupah?:	
Therapies Currently Received by the Child			
3	In which educational framework is the child registered?	Which therapies does the child receive in this educational framework, and their frequency?	
	Therapies which the child receives via Kupat Holim and their frequency:	Note: If requests for therapy for the child have been rejected by the Kupat Holim or Ministry of Health, please attach a readable copy of the letter/s of rejection	
	Therapies which the child receives via the family at home and their frequency:		
Therapies Now Requested			
4	<input type="checkbox"/> Hydrotherapy	<input type="checkbox"/> Therapeutic horse riding	<input type="checkbox"/> Occupational therapy
	<input type="checkbox"/> Speech therapy	<input type="checkbox"/> Physiotherapy	
Required Documentation			
5	You are required to attach an up-to-date medical report summarizing the child's condition. The report must be signed and dated by a paediatric neurologist or a developmental paediatric specialist. In the case of a child diagnosed with PDD (autistic spectrum), the report must be from a psychiatrist. In all cases, the report must be dated no earlier than 9 months before the date it is submitted to Keren Malki.		
6	Signature of one parent:	Date:	

Our address: **Keren Malki (Administration), PO Box 2151 Jerusalem 91023**. Phone **02-567-0602** Fax **03-542-3783**
 Families making application to Keren Malki's *Therapies in the Home* program must first make full use of the rights they have from the Ministry of Health, and the Ministry of Education. **Keshet**, an advocacy and information organization for families caring for a disabled child, can advise you about those rights: phone 02-623-6616. Questions about this application? Call **our office** (between 9.30pm and 5.00pm): **02-567-0602**. Additional information: www.kerenmalki.org

דף מידע 11.2007

1. 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, על ידי מחבלים פלסטינאים בפיגוע במסעדת סבארו בירושלים.
2. קרן מלכי משתתפת בהוצאות טיפולים למשפחות ישראליות אשר להן ילדים בעלי צרכים מיוחדים. הטיפולים בהם משתתפת קרן מלכי הינם: **ריפוי בעיסוק, ריפוי בדיבור, פיזיותרפיה, שחיה טיפולית ורכיבה טיפולית.**
3. משפחה המבקשת חדש את זכאותה לקרן מתבקשת למלא את הטופס המצורף. בנוסף על המשפחה לצרף דו"ח רפואי אשר נערך לא יותר מאשר תשעה חודשים לפני הגשתו (להלן: הדו"ח הרפואי) **מרופא ילדים התפתחותי, נוירולוג ילדים או במקרה של PDD בלבד, פסיכיאטר ילדים.** הדו"ח הרפואי חייב לכלול אבחנה, תיאור המצב ותופעות. הדו"ח הרפואי אינו צריך להמליץ על טיפולים עבור הילד/ה כיון שהסיוע הניתן על ידי קרן מלכי מותיר שקול דעת בבחירת הטיפולים בידי המשפחה.
4. לאחר שהמשפחה מילאה את הטופס ובידה הדו"ח הרפואי, היא מתבקשת לפנות לעמותת 'קשר' בכדי לקבל מידע על זכויות המשפחה, שכן קרן מלכי תספק סיוע כלכלי למשפחה רק לאחר שניצלה את כל זכויותיה במערכת הבריאות והחינוך. (מספר הטלפון של עמותת 'קשר' הוא 02-623-6116).
5. **במקרה של חידוש זכאות קיימת:** בהתאם להמלצות מעמותת קשר, יש לקבל מקופת החולים מכתב המפרט לאלו טיפולים פרא-רפואיים הילד זכאי, והאם הוא מממש זכאות. ז.
6. את הטופס הדו"ח הרפואי והמכתב מקופ"ח (כשמדובר בחידוש זכאות) יש לפקס לקרן מלכי במספר פקס 03-5435842 או לשלוח לקרן מלכי ת.ד. 2151 ירושלים 91023. המשפחה מתבקשת לא לשלוח חומר כלשהו בדואר רשום.
7. **לבירורים בנוגע לבקשה בלבד,** יש להתקשר לקרן מלכי, בטלפון מספר 02-6796657, בימים א'-ה' בין השעות 16:30-8:30.
8. קרן מלכי תדון בכל פניה, והודעה על אישור השתתפות קרן מלכי בהוצאות טיפולים פארא רפואיים, או לחילופין הודעת דחייה, תתקבל בדואר.
9. אישור ההשתתפות של קרן מלכי הינה לכל הטיפולים – ריפוי בעיסוק, ריפוי בדיבור, פיזיותרפיה, שחיה טיפולית ורכיבה טיפולית, על אף שהמשפחה לא ביקשה את כל הטיפולים, וזאת בתנאי שלא צויינה הגבלה כלשהי על האישור.
10. לאחר שאישור הקבלה מתקבל על ידי המשפחה, עליה לשלוח קבלות מקוריות (לא בדואר רשום), פעם בחודש, לכתובת ת.ד. 2151, ירושלים, 91023. קרן מלכי אינה מכירה בהעתקים, ואף לא בהעתקים נאמנים למקור. על כן המשפחה מתבקשת לשמור על הקבלות המקוריות. בנוסף, יש לציין את שם הילד, שם ההורה, שם המטפל (במידה שמדובר במכון) ואת תאריכי הטיפול על כל קבלה.

11. קרן מלכי איננה משתתפת בטיפולים באופן רטרואקטיבי. תאריך הקבלה לקרן נמצא בתחתית טופס האישור.
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, ובשום אופן אינם יכולים להתבצע בבית-הספר בו לומד הילד.
14. הטיפול חייב להיות טיפול ליחיד, ובשום אופן לא להתבצע בקבוצה. טיפולים קבוצתיים לא יזכו להשתתפות הקרן.
15. במקרה של ילד/ה עם **PDD/אוטיזם**, בנוסף לריפוי בעסוק, ריפוי בדיבור ופיזיותרפיה, תהיה המשפחה זכאית לבחור אך ורק אחד מן הטיפולים: רכיבה טיפולית או הידרותרפיה, אך לא תהיה זכאית לבחור בשני הטיפולים.
16. עם מילוי כל התנאים המפורטים לעיל תשלח למשפחה המחאה בגובה של 75% מערך עלות הטיפול.
17. תוקף האישור בהשתתפות הקרן בטיפולים פארא-רפואיים, תקף לשנה אחת בלבד. את טופס הבקשה להשתתפות הקרן בטיפולים יש למלא אחת לשנה, ולצרף אליו דו"ח רפואי מעודכן.
18. קרן מלכי שומרת לעצמה את הזכות להפסיק את מתן הסיוע הכספי בכל עת בלא כל מתן הודעה מוקדמת.
19. **לאחר שהמשפחה התקבלה לקרן:** ניתן לפנות בשאלות לליאת גר בימים א-ה בין השעות 8:30-17:30. בטלפון 02-567-0602, פקס 03-542-3783
20. **לפני 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
21. **משלוח קבלות:** לאחר שהמטפל אושר על ידי הקרן, על המשפחה לשלוח קבלות מקוריות (**לא** בדואר רשום), פעם בחודש, לכתובת ת.ד. 2151, ירושלים, 91023. קרן מלכי אינה מכירה בהעתקים, ואף לא בהעתקים נאמנים למקור. על כן המשפחה מתבקשת לשמור על הקבלות המקוריות.
22. 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.