

בקשה לחידוש השתתפות בהוצאות טיפולים פארא רפואיים ודף מידע: 03-2009

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

1. קרן מלכי הינה עמותה רשומה אשר נוסדה ב-11 בספטמבר 2001. הקרן היא יד זיכרון 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 לחדש את זכאותה לקרן מתבקשת למלא את הטופס המצורף. בנוסף, על המשפחה לצרף דו"ח רפואי, אשר נערך לא יותר מאשר תשעה חודשים לפני הגשתו מרופא ילדים התפתחותי, נירולוג 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 מותר שיקול דעת בבחירת הטיפולים המבוקשים **בידי המשפחה**. יש לשלוח העתק של הדו"ח הרפואי בלבד. **דוחו"ת מקוריים אשר יישלחו לא יוחזרו על ידי הקרן לשולחיהם.**
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. לפי מדיניות הקרן, ניתן להגיש בקשה לתמיכה רק לאחר שהמשפחה מיצתה את הזכויות המגיעות לילד מקופת החולים. על כן יש לקבל מקופת החולים מכתב המפרט לאלו טיפולים פרא-רפואיים הילד זכאי (או שאינו זכאי לטיפול כלל), והאם הוא מממש זכאות זו. **ללא מכתב כזה מקופ"ח – הבקשה לא תידון בוועדה.**
6. את טופס הדו"ח הרפואי והמכתב מקופ"ח יש לפקס לקרן מלכי במספר פקס 03-542-3783 או לשלוח לקרן מלכי ת.ד. 2151 ירושלים 91023. המשפחה מתבקשת לא לשלוח חומר כלשהו בדואר רשום.
7. **לברורים בנוגע לבקשה בלבד**, יש להתקשר לקרן מלכי, בטלפון מספר 02-567-0602, בימים א'-ה' בין השעות 9:00-17:00.
8. קרן מלכי תדון בכל פנייה, 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 שאושרו בוועדה וצוינו במכתב שנשלח למשפחה.

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. בנוסף, יש לציין את שם הילד, שם ההורה, שם המטפל (אם מדובר במכון) ואת תאריכי הטיפול על כל קבלה.
11. **קבלות אשר ניתנו בגין החזרי כספים, יעברו לרשות קרן מלכי ולא יושבו לשולחיהם.**
12. קרן מלכי איננה משתתפת בטיפולים באופן רטרואקטיבי. תאריך הקבלה לקרן נמצא בתחתית טופס האישור.
13. **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.** אנו ממליצים לכם **להסדיר זאת מראש** עם המכון המטפל.
14. לאחר מתן אישור, בדבר הצטרפות הילד/ה לקרן, **ולפני** התחלת הטיפולים, המשפחה נדרשת להמציא את התעודות של המטפל. רק לאחר קבלת אישור מהקרן כי המטפל מאושר על-ידיה, תסייע הקרן בטיפולים בהתאם למדיניותה.
15. הטיפולים חייבים להתבצע במשרד המטפל או בבית המטופל, ובשום אופן אינם יכולים להתבצע בבית-הספר בו לומד הילד.
16. הטיפול חייב להיות טיפול ליחיד, ובשום אופן לא להתבצע בקבוצה. טיפולים קבוצתיים לא יזכו להשתתפות הקרן.
17. עם מילוי כל התנאים המפורטים לעיל תחליט הקרן האם להעניק השתתפות עד לסך של 75% מערך עלות הטיפול למשפחה.
18. תוקף האישור בהשתתפות הקרן בטיפולים פארא-רפואיים, תקף לתקופה של שנה אחת בלבד, לכל היותר. את טופס הבקשה להשתתפות הקרן בטיפולים יש למלא אחת לשנה, ולצרף אליו דו"ח רפואי מעודכן.
19. קרן מלכי שומרת לעצמה את הזכות להפסיק את מתן הסיוע הכספי בכל עת בלא כל מתן הודעה מוקדמת.
20. **לאחר שהמשפחה התקבלה לקרן:** ניתן לפנות בשאלות אל משרדי הקרן בימים א-ה בין השעות 09:00-17:00. בטלפון 02-567-0602, פקס 03-542-3783
21. בנוסף, יש לוודא כי המטפל ציין על גבי הקבלה את הפרטים הבאים:
- שם הילד
 - שם ההורה
 - שם המטפל (אם מדובר במכון)
 - סוג הטיפול
 - תאריכי הטיפול על כל קבלה.
 - כל פרט אשר שונה או אשר איננו רשום על ידי המטפל/מכון עצמו, חייב חתימה בחותמת.

לשימוש משרדי בלבד

App

Rej

Def



בקשה לחידוש השתתפות בהוצאות טיפולים פארא רפואיים

← חובה למלא כל שדה המסומן בכוכבית (*)

* פרטים אישיים	
* שם משפחה:	* שם הילד/ה:
* תאריך לידה הילד/ה:	* ת.ז. הילד/ה:
* שם האב:	* שם האם:
* כתובת כולל מיקוד	
* טלפון בבית:	טלפון נייד:
דוא"ל:	* בקשה ראשונה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
* אבחנה	
* אבחנה:	
* דו"ח רפואי מצורף מהרופא המאבחן - שם וכתובת:	* התמחות <input type="checkbox"/> נירולוג <input type="checkbox"/> ילדים התפתחותי הרופא:
טלפון (הרופא):	קופ"ח:
* טיפולים ניתנים	
* סוג המסגרת החינוכית בה לומד/ת הילד/ה	* סוג טיפולים שהילד/ה מקבל/ת בביה"ס או מעון <u>ותדירותם</u>
* הטיפולים שהילד/ה מקבל/ת מקופת חולים או ממשרד הבריאות <u>ותדירותם</u>	
* הטיפולים שהילד/ה מקבל/ת באופן פרטי <u>ותדירותם</u>	
* הטיפולים המבוקשים	
<input type="checkbox"/> ריפוי בעיסוק	<input type="checkbox"/> רכיבה טיפולית
<input type="checkbox"/> ריפוי בדיבור	<input type="checkbox"/> שחייה טיפולית
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> פיזיותרפיה
* מסמכים	
* חובה לצרף סיכום רפואי מפורט חתום ע"י נירולוג או רופא ילדים התפתחותי. דו"ח הרופא צריך להיות מעודכן עד לא יותר מתשעה חודשים.	
* חובה לצרף מכתב מקופת-החולים המפרט את הטיפולים לחם זכאי הילד.	
* אם הילד אינו זכאי לטיפולים כלשהם מטעם קופ"ח - על המכתב לציין זאת במפורש.	
* אין בקבלה לקרן מלכי משום התחייבות של הקרן לתמיכה כל שהיא בגורם כלשהו. מובהר בזאת כי הקרן רשאית להפסיק את תמיכתה בכל גורם שהוא בהתאם לשיקול דעתה הבלעדי.	
* חתימת הורה:	תאריך:

כתובתנו קרן מלכי, ת.ד. 2151 ירושלים 91023 טלפון 02-567-0602 פקס 03-542-3783

שאלות בקשר לבקשה זאת? 02-567-0602 (בין השעות 09:30 ל-17:00)

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.