



## משרד הבריאות

### טופס בקשה להחזר כספי בעד הוצאות

### הנחיות למגיש בקשה לפי חוק השתלת איברים, התשס"ח – 2008.

#### 1. טפסים:

הינך מתבקש למלא את טופס הבקשה במלואו על נספחיו:

- א. הקפד למלא את הטפסים בכתב ברור וקריא.
- ב. יש לרשום מספר תעודת זהות מלא בן 9 ספרות ולצרף צילום של תעודת הזהות והספח.
- ג. יש למלא את פרטי חשבון הבנק הפעיל והאישי של מגיש הבקשה בלבד ולצרף המחאה המסומנת כמבוטלת ו/או אישור מסניף הבנק בו מתנהל החשבון.
- ד. חלה חובת חתימה על טופס הבקשה.

#### 2. כיצד יש להגיש את הבקשה:

א. את טופס הבקשה המלא על נספחיו, יש למסור או לשלוח בדואר רשום למרכז הלאומי להשתלות - משרד הבריאות, רחוב נח מוזס 15 תל-אביב, מיקוד 67442. לשאלות וברורים יש לפנות לטלפון שמספרו 03-6061742 בימים א-ה בין השעות 9:00 – 13:00.

ב. לפרטים נוספים, ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המרכז הלאומי להשתלות

[www.health.gov.il/transplant](http://www.health.gov.il/transplant)

#### 3. לנוחיותך, ניתן לעיין במקורות הבאים:

- א. חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008.
- ב. תקנות השתלת איברים (תשלום פיצוי והחזר כספי בעד הוצאות לתורם), התשי"ע 2010.



## משרד הבריאות

### 4. החזר כספי בעד הוצאות:

- א. החזר בעד רכישת ביטוח רפואי פרטי או ביטוחים משלימים של קופות החולים - ההחזר הכספי לא יעלה על 60 ₪ לחודש, בעד תקופה שלא תעלה על 60 חודשים ושתחילתה באחד משלושת החודשים שלאחר חודש נטילת האיבר.
- ב. ביטוח מפני פגיעה בכושר עבודה או אובדן כושר השתכרות - ההחזר הכספי לא יעלה על 206 ₪ לחודש, בעד תקופה שלא תעלה על 60 חודשים ושתחילתה באחד משלושת החודשים שלאחר חודש נטילת האיבר.
- ג. החזר בעד רכישת ביטוח חיים – ההחזר הכספי לא יעלה על 130 ₪ לחודש, בעד תקופה שלא תעלה על 60 חודשים ושתחילתה באחד משלושת החודשים שלאחר חודש נטילת האיבר.
- ד. החזר בעד טיפולים פסיכולוגיים – ההחזר הכספי **החד פעמי** לא יעלה על 435 ₪ למפגש טיפולי אצל פסיכולוג מורשה ובלבד שהמפגש נערך בתקופת 48 חודשים שתחילתה בחודש הראשון שלאחר חודש נטילת האיבר. ההחזר הכספי יינתן בעד 5 מפגשים טיפוליים לכל היותר.
- ה. החזר בעד חופשת החלמה – ההחזר הכספי **החד פעמי** לתורם בעד חופשת החלמה בבית מלון: בלבד (כהגדרתו בחוק שירותי תיירות, התשל"ו 1976) לא יעלה על 543 ₪ ליום שהייה ובלבד שחופשה זו תתקיים בתוך 90 ימים לאחר מועד נטילת האיבר. ההחזר הכספי יינתן בעד 7 ימי שהייה רציפים (7 לילות) לכל היותר.
- ו. החזר בעד הוצאות נסיעה – החזר כספי **חד פעמי** אחיד לכלל התורמים בסכום של 2716 ₪ לאחר מועד נטילת האיבר. לא נדרש לצרף אסמכתאות.
- ז. החזר לתורם בגין סעיפים א-ה, יינתן בכפוף לכך שטרם חלפו 12 חודשים ממועד ההוצאה בפועל.

1 "בית מלון" – לרבות פנסיון, בית מרגוע, בית אירוח וכל מקום כיוצא באלה שבו מספקים או מציעים לספק, בתמורה, שירותי לינה לתשעה אנשים או יותר בעת ובעונה אחת.



## משרד החינוך

- ח. ההחזר לא יעלה על הסכומים המפורטים בסעיפים א-ה, או על סכום ההוצאה בפועל, כנמוך מביניהם.
- ט. בגין פוליסה המסתיימת לאחר התקופה הקבועה בסעיפים א-ג, יינתן החזר יחסי בלבד עד לתום התקופה שנקבעה.
- י. הסכומים בטופס זה כוללים מע"מ ויעודכנו ב-1 לינואר של כל שנה, בהתאם למדד המחירים לצרכן המתעדכן מעת לעת ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, החל משנת 2012.

### 5. מסמכים נדרשים :

- א. יש לצרף לבקשה קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור של קבלות מקוריות המעידים על ביצוע ההוצאה בפועל.
- ב. לעניין תשלום החזר בעד הוצאות לרכישת ביטוח, יש לצרף העתק של פוליסת הביטוח שנרכשה.
- ג. לעניין החזר בעד הוצאות נסיעה, לא נדרש לצרף אסמכתאות כלשהן.



# משרד הבריאות

מס' זהות / דרכון		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
סוג	דפים	
00		

חותמת קבלה

משרד הבריאות  
מרכז ההשתלות



בקשה להחזר כספי בעד הוצאות

1 פרטי התורם						
שם משפחה	שם משפחה קודם	שם פרטי	מספר זהות *	ס"ב		
תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	זכר <input type="checkbox"/>	נקבה <input type="checkbox"/>	שנה חודש יום	
<input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> גרושה/ה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור						
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)						
רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	תא דואר	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS			
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)						
רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	תא דואר	יישוב	מיקוד
2 פרטי חשבון הבנק של התורם **						
שם/שמות בעלי החשבון	סוג החשבון					
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר החשבון			
3 תאריך תרומה						



## משרד הבריאות

### 4 הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בטופס הבקשה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק. ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בבקשה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי להחזר כספי או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למשרד הבריאות, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המשרד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התורם ✕ \_\_\_\_\_ חתימת שותף לחשבון ✕ \_\_\_\_\_