

3 מאי, 2020

לכבוד: אזרחים המשלמים השתתפות באשפוז סיעודי ("ב"קוד")

שלום רב,

לידיעתכם בעקבות משבר הקורונה והשלכותיו, ניתן לפנות בבקשות ללשכות הבריאות, לדחיית התשלום השוטף ו/או להפחתה זמנית בגובה ההשתתפות החודשית.

הבקשה תהיה על גבי טופס "בקשה להקלות בתשלום השתתפות עבור אשפוז סיעודי" (נספח א' המצורף למכתב זה, וגם בגרסה אינטרנטית <https://govforms.gov.il/mw/forms/DeferralOrReliefCodePayment@Health.gov.il>) וכמפורט להלן:

1. בקשה לדחיית התשלום השוטף

פירוט ההקלה:

ניתן לבקש לדחות בחודשיים את התשלומים החלים בחודשים מאי ויוני – כך שיחולו בחודשים יולי ואוגוסט בהתאמה, ויתווספו לתשלום באותו חודש (בו יחול תשלום כפול).

תהליך הפניה:

- בטופס יש למלא את סעיף הבקשה לדחיית התשלום.
- אם מעוניינים רק בדחיית התשלום – ניתן להעביר למחלקת הגזברות בלשכת הבריאות או בפנייה ישירות לגזברות (פרטי יצירת קשר לגזברות בתחתית הטופס המצורף).
- אם מעוניינים גם בהפחתת התשלום יש להמשיך ולמלא גם את סעיף הבקשה להפחתת התשלום (להלן).

2. בקשה להפחתת התשלום החודשי בתקופת ההקלות (1/4/2020 – 31/8/2020)

פירוט ההקלה:

- ועדת ערר מחוזית ייעודית תדון ותחליט אם להפחית את התשלום, מה גודל ההפחתה ולמשך כמה זמן, עד ל- 31/8/20 לכל היותר.

תהליך הפניה:

- למלא את בקשת הפחתת התשלום בטופס המצורף, עם נימוקים לבקשה.
- לצרף מסמכים התומכים בבקשה, כגון אישור יציאה לחל"ת מהמעביד או אישור זכאות לדמי אבטלה מביטוח לאומי וכדומה - לגבי שכירים; לגבי עצמאים - אישור בקשה למענק שהוגשה לרשות המסים, דו"חות למע"מ או כל מסמך אחר שמעיד על ירידה בהכנסות לתקופה הנ"ל.
- להעביר את הטופס לעו"סית המחוזית בהתאם למחוז הרלוונטי (פרטי יצירת קשר לעו"סיות המחוזיות בתחתית הטופס המצורף).

לידיעתכם:

- הבקשה תועבר לדין והחלטה בוועדת ערר מחוזית ייעודית. החלטת הוועדה תתבסס על מסמכים ונימוקים שהגיש הפונה.
- החלטת הוועדה תועבר לפונה, והוא יידרש לשלם את סכום ההשתתפות שנקבע ע"י הוועדה, לתקופה, כולל עבור החדשים שתשלומיהם נדחו.
- לאחר תום התקופה, יחזור התשלום לקדמותו (טרם תקופת הקורונה). במידת הצורך ניתן לערוך חישוב זכאות מחדש בלשכה.

מידע נוסף ניתן למצוא באתר משרד הבריאות תחת "[סיוע במימון האשפוז סיעודי](#)" או דרך מוקד קול הבריאות בטלפון *5400.

אנו מאחלים לך ולבני משפחתך בריאות שלמה וחזרה מוצלחת לשגרה.

בברכה,

משרד הבריאות



נספח א' – טופס הבקשה (גם בגרסה אינטרנטית <https://govforms.gov.il/mw/forms/DeferralOrReliefCodePayment@Health.gov.il>)

בקשה להקלות בתשלום עבור אשפוז סיעודי:

הקלות בתקופת הקורונה: דחיית תשלום ו/או הפחתה בגובה התשלום

פרטי המטופל השווה במוסד סיעודי:

מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה

פרטי הפונה:

מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	טלפון/ נייד	דואר אלקטרוני

<p>גובה השתתפות חודשית באשפוז כיום של מבקש הבקשה: נא לציין סכום _____</p>	<p>המחוז בו מטופלת הבקשה: (יש לסמן)</p> <p><input type="checkbox"/> מחוז צפון (לשכות בריאות: צפת, טבריה, עפולה, נצרת, עכו)</p> <p><input type="checkbox"/> מחוז חיפה (לשכות בריאות חיפה, חדרה)</p> <p><input type="checkbox"/> מחוז מרכז (לשכות בריאות: נתניה, פתח תקווה, רמלה, רחובות)</p> <p><input type="checkbox"/> מחוז ת"א</p> <p><input type="checkbox"/> מחוז ירושלים</p> <p><input type="checkbox"/> מחוז אשקלון</p> <p><input type="checkbox"/> מחוז דרום (לשכת בריאות באר שבע)</p>
---	---

לאור מצבי, אני מבקש/ת את הבקשות הבאות:

1. אני לא מעוניין/ת לדחות את התשלומים.

אני מבקש/ת לדחות דחיית התשלומים כמפורט להלן (נא לסמן):

תשלום שחל בחודש מאי – לדחות לתשלום בחודש יולי, כך שביולי אשלם עבור שני החודשים.

תשלום שחל בחודש יוני – לדחות לתשלום בחודש אוגוסט, כך שבאוגוסט אשלם עבור שני החודשים.

2. אני לא מעוניין/ת בהפחתת התשלום החודשי.

אני מבקש/ת הפחתה התשלום החודשי למשך תקופה מוגדרת (1/4/20 – 31/8/20) או חלקה:

יש לצרף מסמכים רלבנטיים ולמלא מטה את סיבת הפנייה.

אני מצהיר/ה כי חלה ירידה בהכנסתי החודשית לאור משבר הקורונה (נא לסמן):

חל"ת אבטלה עצמאי עם עסק סגור אחר _____

יש לצרף מסמך המעיד על שינוי בהעסקה ו/או על ירידה בהכנסות, כגון:

לגבי שכירים – אישור יציאה לחל"ת מהמעביד או מביטוח לאומי וכדומה;

לגבי עצמאים - אישור בקשה למענק שהוגשה לרשות המסים, דו"חות למע"מ או כל מסמך אחר שמעיד על ירידה

בהכנסות לתקופה הנ"ל.



פירוט סיבת הבקשה להפחתה בתשלום:

פניה להפחתת התשלום (אם הוגשה) תועבר לבחינה והכרעה ע"י וועדת ערר.
לידיעתך, הועדה תדון ותקבע אם להפחית התשלום, מה גודל ההפחתה ולמשך כמה זמן, עד ל- 31/8/20 לכל היותר.
לאחר מכן יחזור התשלום לקדמותו (טרם תקופת הקורונה) ובמידת הצורך ניתן לערוך חישוב זכאות מחדש בלשכה.

הצהרת הפונה:

אני החתום/ה מטה, (שם פרטי ושם משפחה) _____, בעל ת.ז. _____ מצהיר/ה בזאת
כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים, וכי אני מודע/ת כי מסירת פרטים שאינם נכונים מהווה עבירה על החוק.
אני מתחייב/ת לשלם את השתתפותי בהתאם לקביעת משרד הבריאות.

_____ חתימה

_____ שם פרטי ושם משפחה

_____ תאריך

טופס זה יש לשלוח:

1. לצורך דחיית התשלום - למחלקת הגזברות בלשכת הבריאות המחוזית המתאימה - פירוט בטבלה 1 להלן
2. לצורך הפחתת התשלום לתקופה מוגדרת - לעובדת סוציאלית (עו"ס) מחוזית בלשכת הבריאות המתאימה - פירוט בטבלה 2 להלן.
3. אם בקשת גם דחיית התשלום וגם הפחתת התשלום - יש לשלוח לשני הגורמים בלשכה.

פרטים נוספים ניתן למצוא [באתר משרד הבריאות](#) (סיוע במימון אשפוז הסיעודי) או במוקד קול הבריאות 5400*



טבלה 1: פרטי יצירת קשר עם מחלקות הגזברות בלשכות הבריאות – לצורך דחיית התשלום

שם הלשכה	כתובת	טלפון	טלפון נוסף	פקס	כתובת מייל
צפון	רח' המלאכה 3, נצרת עילית, מיקוד: 1767303	04-6557852	04-6557854/7	04-6559854	gizbarut.zafon@moh.gov.il
חיפה	רח' פל ים 15 א', חיפה, מיקוד: 3100702	04-8633082	04-8633083	04-8632946	rozmary.kurtz@lbhaifa.health.gov.il
מרכז	קרית הממשלה, רח' הרצל 91, רמלה, מיקוד: 7243003	08-9788640	08-97886401	08-9788642	lbgiz@moh.gov.il
תל אביב	רח' הארבעה 12, ת"א מיקוד: 6473912	03-5634848	ולאחר שלוחה 5 מנן שלוחה 3	03-5634754	gviya.ta@moh.gov.il
ירושלים	רח' יפו 86, ת"ד: 37044, ירושלים, מיקוד: 9137001	02-5314850	02-5314841	02-5310003	lbgizbarut@moh.health.gov.il
אשקלון	רח' ההסתדרות 2, אשקלון מיקוד: 783064	08-6745306		08-6745094	gizbarutlba@bmc.gov.il
באר שבע	קרית הממשלה, רח' התקוה 4, ת"ד: 100050 ב"ש, מיקוד: 8489312	08-6263520	08-6263579	08-6263559	gizbarut.lbs@bsh.health.gov.il

טבלה 2: פרטי עו"סיות מחוזיות - לצורך דיון בוועדת ערר על בקשה להפחתת התשלום

מחוז	שם	כתובת מייל
צפון	דועא שאמא	Doaa.shama@zafon.health.gov.il
חיפה	יפעת הראל	Yifat.harel@lbhaifa.health.gov.il
מרכז	שולי ירושלמי	Shuli.yerushalmi@lbm.health.gov.il
תל אביב	רחל הרשקוביץ	Rachel.hershkovich@moh.health.gov.il
ירושלים	יפעת הראל (מ"מ)	Yifat.harel@lbhaifa.health.gov.il
אשקלון	ענבר אבנברג	inbare@bmc.gov.il
באר שבע	עינת סילברשטין	Einat.silbershtein@bsh.health.gov.il