



איגוד גימלאי המשטרה ושב"ס

בניין מטה מחוז תל-אביב דרך שלמה 18 תל-אביב יפו 68111
טלפון : 03-6319560 פקס : 03-6312447

בקשה לקבלת מענק מצוקה רפואי מיוחד חד פעמי

פרטים אישיים

מ.א- שם ומשפחה- _____
ת.לידה- _____
כתובת- _____
טלפון- _____
תאריך יציאה לגמלאות- _____
מצב משפחתי- _____

פרטי בקשת המענק

המענק דרוש לי לצורך- _____

סה"כ הכנסתי – מעבודה, פנסיה וקצבת ביטוח לאומי: ש"ח _____
סה"כ הכנסות בן זוגי/תי מעבודה, פנסיה וקצבת ביטוח לאומי - : ש"ח _____

מצורף תלושי משכורת לחודש- _____
מצורף תדפיס חשבון בנק 3 חודשים אחרונים
מצורפים מסמכים רפואיים וחשבונות / קבלות של ההוצאות הרפואיות הנוגעים לבקשה .

הצהרת המבקש:

הנני מצהיר בזאת כי לא קיבלתי מענק כספי בעבר וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים, אם יתברר שהצהרתי זו אינה נכונה, הנני מתחייב להחזיר לקופת האיגוד את המענק או חלק ממנו .

חתימת המבקש- _____ תאריך- _____

המלצת יו"ר הסניף-

ריכוז ממצאים על ידי מזכירת האיגוד-

הגמלאי חבר איגוד משנת: _____ קיבל _____ ₪ מענק בעבר בתאריך: _____

החלטה

אושר מענק בסך- _____ ₪ .

לא אושר המענק מסיבה- _____

חתימה- _____ תאריך- _____

טיפול המשרד

המענק אושר ונשלח שיק על סך - _____ ₪ בתאריך.

המענק לא אושר ונשלחה הודעה לגמלאי בתאריך- _____

נרשם ביומן המעקב והוזן למחשב על ידי מזכירת האיגוד בתאריך- _____

חתימת מזכירת האיגוד.