

**ארגון נכי צה"ל – המרכז**  
**Zahal Disabled Veterans Organization - Beit Halochem**

עמותה רשומה מס' 58-005-272-8 Charity Reg. No.  
 בית הלוחם, רח' שמואל ברקאי 49, אפקה, תל-אביב, ת"ד 39262 מיקוד 61392, טל' 03-6461600, פקס' 03-6421316  
 49, Shmuel Barcay St., Afeka, Tel-Aviv, P.O.Box 39262 Code 61392, Tel. 972-3-6461600, Fax. 972-3-6421316  
 E-mail: Irgun@inz.org.il homepage: http://www.inz.org.il



**בקשה לקבלת קלנועית - 2019**

\* טופס זה מנוסח בלשון זכר אך מתייחס, כמובן, לנשים וגברים כאחד

**א. פרטים אישיים של המבקש/ת\***

\* מילוי הפרטים בחלק זה הינו חובה. מילוי חלקי או חסר עלול להביא לפסילת הבקשה.

שם משפחה		שם פרטי		מס' תיק במשרד הבטחון	
תאריך לידה		מס' תעודת זהות		לצמיתות	
כתובת מגורים		מס' רחוב		טלפונים	
ת.ד.		ישוב		1. _____	
		מיקוד		2. _____	
כתובת דוא"ל		טלפון		1. _____	
		נייד		2. _____	
מחוז בארגון נכי צה"ל		מספר שנות חברות בארגון			

**ב. הצהרת המבקש**

אני הח"מ מגיש בזאת את בקשתי לקבלת קלנועית, מתוך הקלנועיות שנתקבלו בארגון נכי צה"ל (להלן: "הארגון") כתרומה. ידוע לי כי חלוקת הקלנועיות תעשה בהתאם לקריטריונים שנקבעו על ידי הוועד הארצי של הארגון והמפורטים להלן, ולאחר בחינה של כל הבקשות שיוגשו, על ידי הוועדה שמונתה לעניין זה. עוד ידוע לי כי הבחירה בחברים אשר יקבלו את הקלנועיות בפועל, מתוך כלל מגישי הבקשות העומדים בקריטריונים שנקבעו, תעשה על פי שיקול רפואי – מקצועי. אני מצהיר כי ידוע לי שיתכן ואוזמן להופיע בפני הוועדה ו/או לספק לה חומרים נוספים, כתנאי להמשך הטיפול בבקשתי זו.

אני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי במסגרת טופס זה והנספחים לו הינם נכונים ומלאים, וכי למיטב הבנתי וידיעתי אני עומד בכל הקריטריונים שנקבעו, ובכלל זה הנני מצהיר כי אין ברשותי ו/או בשימושי קלנועית ו/או כיסא גלגלים ממונע וכי לא קיבלתי בעבר מארגון נכי צה"ל קלנועית.

ככל שהוועדה תבחר בי לקבל קלנועית, הריני מצהיר ומתחייב מרצוני החופשי, כאשר האמור מובן לי, מקובל עליי וברורות לי כל ההשלכות הקשורות לעניין, כדלקמן:

1. הקלנועית נמסרת לשימוש אישי בלבד. אין למכור אותה או לתתה לשימוש אחרים, בין בתמורה ובין שלא בתמורה.

## ארגון נכי צה"ל – המרכז

### Zahal Disabled Veterans Organization - Beit Halochem

עמותה רשומה מס' 58-005-272-8 Charity Reg. No.

בית הלוחם, רח' שמואל ברקאי 49, אפקה, תל-אביב, ת"ד 39262 מיקוד 61392, טל' 03-6461600, פקס' 03-6421316  
49, Shmuel Barcay St., Afeka, Tel-Aviv, P.O.Box 39262 Code 61392, Tel. 972-3-6461600, Fax. 972-3-6421316  
E-mail: Irgun@inz.org.il homepage: <http://www.inz.org.il>



2. במועד מסירת הקלנועית תימסר למקבל הקלנועית גם תעודת האחריות מטעם היצרן.
3. על מקבל הקלנועית חלה האחריות הבלעדית בכל עניין הקשור לקלנועית, לרבות ביטוחה, תחזוקתה, תיקון קלקולים בה, הקשר מול היצרן, שמירתה וכל עניין אחר הקשור אליה. לארגון אין כל אחריות שהיא בקשר עם הקלנועית ומקבל הקלנועית מתחייב כי לא תהא לו כל טענה ו/או דרישה ו/או תביעה מהארגון בקשר עם הקלנועית, השימוש בה וכל עניין הקשור אליה.
4. הקלנועית תמסר רק לאחר ביצוע הדרכה לשימוש בה.
5. במקרה פטירה חלילה, על המשפחה להשיב את הקלנועית לארגון, על מנת שיעבירה לשימוש נכה צה"ל אחר או לשימוש נכי צה"ל באחד ממתקני הארגון.
6. ידוע לי כי התורם מעוניין לקבל תמונות של מקבלי הקלנועיות ויתכן ויבקש לקבל גם מכתבי תודה, ואני נותן בזאת הסכמתי לצילום ומתחייב להכין ולשלוח מכתבי תודה ככל שיידרש.
7. אני מאשר כי פרטיי האישיים, כפי שפורטו לעיל, יעודכנו במערכות המחשוב של הארגון, ויועברו אף לתורם, ככל שיבקש זאת.
8. ידוע לי ומובן לי כי אין בהצהרתי זו, או בכל דבר אחר הקשור לבקשה זו ועצם הגשתה, כדי להוות כל התחייבות של הארגון לבחירתי לקבלת קלנועית בפועל, ואני מתחייב כי לא אבוא לארגון בכל טענה ו/או דרישה, אם וככל שלא אבחר לקבלת קלנועית.

חתימת המבקש \*

תאריך

\* ככל שמונה למבקש אפוטרופוס על הבקשה להיחתם על ידי האפוטרופוס בהתאם לדין, ויש לצרף לבקשה צו מינוי אפוטרופוס.

ארגון נכי צה"ל – המרכז  
Zahal Disabled Veterans Organization - Beit Halochem

עמותה רשומה מס' 58-005-272-8 Charity Reg. No.  
בית הלוחם, רח' שמואל ברקאי 49, אפקה, תל-אביב, ת"ד 39262 מיקוד 61392, טל' 03-6461600, פקס' 03-6421316  
49, Shmuel Barcay St., Afeka, Tel-Aviv, P.O.Box 39262 Code 61392, Tel. 972-3-6461600, Fax. 972-3-6421316  
E-mail: Irgun@inz.org.il homepage: http://www.inz.org.il



**ג. הקריטריונים להגשת בקשה לקבלת קלנועית**

זכאי להיכלל ברשימת המועמדים לקבלת קלנועיות (שמתוכה ייבחרו החברים שיהיו זכאים לקבלת קלנועית בפועל), רק מי שעומד **בכל** התנאים הבאים:

1. הוא נכה צה"ל, חבר ארגון נכי צה"ל המשלם דמי חבר לארגון נכי צה"ל באופן סדיר.
2. הוא אינו זכאי לקבל ממשרד הביטחון, או מכל גורם אחר, קלנועית או כיסא גלגלים ממונע. יחד עם זאת, מובהר כי נכה בעל זכאות עקרונית מכוח הוראת אנף השיקום 50.23 לקבלת כיסא גלגלים קל משקל או קלנועית, אשר בחר לממש זכאותו במשרד הביטחון בבחירת כיסא גלגלים קל משקל, יוכל להגיש מועמדות לקבלת קלנועית מארגון נכי צה"ל, ובלבד שהמציא אישור בכתב מאנף השיקום כי מימש את זכאותו על פי הוראה 50.23 בבחירת כיסא גלגלים קל ולא קלנועית, וכי חידוש זכאותו לבחירה על פי ההוראה כאמור, תהיה בעוד 3 שנים לפחות, ממועד הגשת הבקשה לארגון.
3. הוא לא קיבל בעבר קלנועית מארגון נכי צה"ל.
4. יש לו בעיה רפואית הגורמת למגבלה ו/או קשיים בהתניידות/ניידות והוא הציג אישור רפואי על המגבלה ו/או הקושי כאמור. יודגש, כי הבעיה הרפואית כאמור בסעיף זה, לא חייבת בהכרח להיות קשורה לנכות המוכרת.
5. הציג אישור רפואי לפיו אין מניעה רפואית ו/או קוגניטיבית לשימוש בקלנועית על ידו.  
ככל שישנה מניעה רפואית ו/או קוגניטיבית לשימוש של המבקש בקלנועית, ולמבקש מלווה צמוד בכל שעות היממה, יכול המבקש לפנות בבקשה לקבלת קלנועית הכוללת שני מקומות (נתרמו 3 קלנועיות כאמור). במקרה זה, ובנוסף לעמידה בכל האמור לעיל ולהלן, על המבקש להגיש אישור רפואי כאמור בסעיף זה ביחס למלווה הצמוד של המבקש שינהג בקלנועית, בו יפורט כי אין מניעה רפואית ו/או קוגניטיבית למלווה לנהוג בקלנועית, כאשר המבקש לצידו.  
במקרה כאמור יידרש המבקש לספק בנוסף גם אישור כי הוא מלווה על ידי מלווה צמוד בכל שעות היממה.
6. הצהיר בכתב בחתימתו על סעיף ב' לטופס זה שאין ברשותו ו/או בשימושו קלנועית ו/או כסא גלגלים ממונע ולא קיבל בעבר קלנועית מהארגון.  
מובהר כי אין בעמידה בקריטריונים כאמור כשלעצמם כדי לזכות את מגיש הבקשה בקלנועית. הבחירה במקבלי הקלנועיות בפועל תעשה מבין כל מגישי הבקשות העומדים בקריטריונים כאמור, בהתאם לשיקולים רפואיים-מקצועיים.

## ארגון נכי צה"ל – המרכז

### Zahal Disabled Veterans Organization - Beit Halochem

עמותה רשומה מס' 58-005-272-8 Charity Reg. No.

בית הלוחם, רח' שמואל ברקאי 49, אפקה, תל-אביב, ת"ד 39262 מיקוד 61392, טל' 03-6461600, פקס' 03-6421316  
49, Shmuel Barcay St., Afeka, Tel-Aviv, P.O.Box 39262 Code 61392, Tel. 972-3-6461600, Fax. 972-3-6421316  
E-mail: Irgun@inz.org.il homepage: <http://www.inz.org.il>



#### **ד. מסמכים מצורפים:**

מסמכים שהינם תנאי הכרחי להגשת הבקשה:

1. אישור רפואי המעיד כי המבקש סובל מבעיה רפואית הגורמת למגבלה ו/או קשיים בהתניידות/ניידות.
2. אישור רפואי כי אין מניעה רפואית ו/או קוגניטיבית לשימוש של המבקש בקלנועית.  
ככל שישנה מניעה רפואית ו/או קוגניטיבית לשימוש של המבקש בקלנועית, ולמבקש מלווה צמוד בכל שעות היממה, יוגש אישור רפואי כאמור ביחס למלווה הצמוד של המבקש שינהג בקלנועית, בו יפורט כי אין מניעה רפואית ו/או קוגניטיבית למלווה לנהוג בקלנועית, כאשר המבקש לצידו.
3. העתק פרוטוקול הועדה הרפואית האחרונה שנערכה לנכה במשרד הביטחון.

מסמכי רשות להגשה:

4. מסמכים רפואיים ו/או מסמכים נוספים הנוגעים למגבלה ו/או קושי בהתניידות/ניידות, ככל שהמבקש רואה לנכון לצרפם.

#### **ה. התייחסות יו"ר המחוז והמלצתו:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

חתימת יו"ר המחוז

תאריך