



ד.ק.ל.
ע"ר

דרך ארץ קדמה לתורה

סיוע לנזקקים • *Ald the needy*

מס' עמותה: 3-296-017-58
מס' תיק ניכויים: 904054749

רח' הנשיא 3/831 צפת מ. 1321624
טל / פקס : 04-6970392
דוא"ל : dekelzefat@walla.com

בקשת עזרה מהעמותה (למלא בדיוקנות ולשלוח לדוא"ל הרשום לעיל!)

יש למלא את הטופס בכתב ברור וקריא, בעט ולא בעפרון יש לצרף את האישורים המצוינים בטופס. בקשות שלא יצורפו אליהן האישורים הנדרשים לא תטופלנה. בהגשת בקשה הקשורה למצב הרפואי יש לצרף מכתב מרופא.

ת.ז. הבעל

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ת.ז. האישה

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

שם משפחה: _____ שם הבעל: _____ גיל: _____
 שם האישה: _____ גיל: _____
 שם משפחה קודם של האישה: _____ מצב משפחתי: _____
 מס' ילדים: _____ מס' ילדים מתחת גיל 21: _____ (יש לצרף ת"ז + ספח).

מגורים:

[אני מתגורר בבית הורי, כתובת: _____ ישוב: _____ מיקוד: _____]
 [אני מתגורר בדירה שכורה / עמידר / משכנתא / אחר, כתובת מלאה _____ עיר: _____ מיקוד: _____]
 סכום תשלום בחודש: _____ (במידה ואינך מוכר במחלקת הרווחה יש לצרף חוזה שכירות)
 מס' טלפון: _____ מס' טלפון נייד: _____

הכנסות:

אישא	בעל	
		עיסוק/ תפקיד
		שם מקום העבודה
		סכום ההכנסה הממוצעת לחודש ברוטו
		הערות

(במידה ואינך מוכר במחלקת הרווחה יש לצרף שלושה תלושי משכורת אחרונים, או טופס 106 עדכני)

הכנסות אחרות:

יש למלא את סכומי הברוטו במקום המיועד לכך בטבלה

סוג הכנסה	בעל	אישא	ילד
קצבת נכות			
הבטחת הכנסה			
דמי אבטלה			
קצבת זקנה ושארים			
קצבת ילדים			
אחר			

(במידה ואינך מוכר במחלקת הרווחה יש לצרף אישורים)

