

**טופס פניה ראשונית לעמותת קרן דולב לצדק רפואי (ע"ר)**

שם המבוטח/ת: \_\_\_\_\_

במקרה שהמבוטח/ת קטין/ה / חסוי/ה – שם/שמות ההורים / האפוטרופוס/ים:

\_\_\_\_\_

מס' זהות: \_\_\_\_\_

שנת לידה: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

טלפון: \_\_\_\_\_

דוא"ל: \_\_\_\_\_

מצב משפחתי (+מס' ילדים, אם יש): \_\_\_\_\_

שם קופת החולים: \_\_\_\_\_

שם הרופא המטפל: \_\_\_\_\_

הטיפול/התרופה המבוקשים: \_\_\_\_\_

האם התחלת ליטול את התרופה במימון עצמי? \_\_\_\_\_

אם כן, מתי התחלת לקבל את התרופה? \_\_\_\_\_

האם פנית בעבר לוועדת חריגים בבקשה לקבל את התרופה? \_\_\_\_\_

אם כן, מתי נעשתה הפנייה? \_\_\_\_\_

מה הייתה התשובה? \_\_\_\_\_

[אנא צרף/צרפי את כל התכתובת הרלוונטית].

האם טרם הפנייה אלינו פנית לקבלת ייצוג משפטי בנושא הפנייה לעורך דין או לכל גוף אחר?

\_\_\_\_\_

אם כן, אנא פרטי/י למי פנית והאם הנך עדיין מיוצג על ידו \_\_\_\_\_

האם את/ה מבוטח/ת בביטוח בריאות פרטי? \_\_\_\_\_

אם כן, האם פנית לחברת הביטוח בבקשה לקבל את התרופה? \_\_\_\_\_

1. אני הח"מ, פניתי לעמותת קרן דולב לצדק רפואי, ע"ר (להלן: "העמותה") בבקשה לסיוע משפטי והובהר לי כי בשלב ראשון, תתבצע בחינה ראשונית של פנייתי מבחינת התאמתה לטיפול על ידי העמותה ומתן סיוע משפטי על ידה (להלן: "הפניה הראשונית").
2. בחתימתי על טופס זה אני מאשר/ת, כי ידוע לי שהפניה הראשונית, כמו גם פעילות העמותה, מתבצעות על בסיס וולונטרי בלבד. בהתאם, העמותה רשאית לדחות או לקבל את הפניה הראשונית, בכפוף לשיקול דעתה הבלעדי.
3. הובהר לי כי העמותה תעשה במיטב יכולתה על מנת להשיב לפניה הראשונית בתוך כעשרים ואחד (21) ימים ממועד קליטת הפניה הראשונית בצוות הפניות של העמותה ומסירת מלוא הנתונים, המסמכים והמידע הרפואי הנחוץ לשם בירור הפניה הראשונית, כפי שיידרש ממני על ידי העמותה, זאת בכפוף לשיקול דעתה הבלעדי.
4. אם וככל שהעמותה תחליט שיש מקום להמשך טיפול בפניה הראשונית, ידוע לי כי המשך הטיפול יהא מותנה בהמצאת מסמכים ו/או חוות דעת ו/או מידע רפואי נוסף ו/או בחתימתי על כל טופס ו/או מסמך, הכל כפי שיידרש על ידי העמותה, לרבות כתב ויתור על סודיות רפואית ופויי כוח מתאים.
5. ידוע לי כי העמותה לא תוכל לטפל בענייני במידה והנני מיוצג על ידי עורך דין אחר ו/או צד שלישי כלשהו העוסק במתן סיוע וייעוץ משפטי. בחתימתי על טופס זה, אני מאשר/ת כי יידעתי את העמותה לגבי כל ייעוץ או ייצוג משפטי שקיבלתי וכי ככל שתחליט העמותה לטפל בענייני, היא תהיה המייצגת הבלעדית.
6. כמו כן, בחתימתי על הסכם זה אני מאשר/ת בזאת, כי לשם בחינת הפניה הראשונית והתכנות התאמתה לטיפול בידי מתנדבי העמותה, יועבר מלוא המידע שיימסר על ידי במסגרת הפניה הראשונית לכל גורם ו/או מתנדב בעמותה ללא יוצא מן הכלל, ובכפוף לשיקול דעתה של העמותה. ידוע לי, כי הפניה הראשונית, על כל המשתמע ממנה, אינה יוצרת יחסי עו"ד-לקוח ביני לבין עורכי הדין הפועלים מטעם העמותה.

#### **ולראיה באתי על החתום:**

שם המבוטח / ההורה / האפוטרופוס \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_

חתימת המבוטח / ההורה / האפוטרופוס \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

שם ההורה / האפוטרופוס \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_

חתימת ההורה / האפוטרופוס \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_