

Date: _____ תאריך:

Received by: _____ התקבל ע"י:

מרפאת התקווה HATIKVA CLINIC

בקשה לקבלת טיפול מסובסד
Application for Subsidized Care



Name/ שם: _____ Date of Birth/שנת לידה _____ / _____ / _____

Address/ כתובת: _____

Phone Number/טלפון מס' : _____ T.Z./ת.ז. _____

Email/ דוא"ל _____

What type of dental care are you seeking?
(Details: filling, cleaning, root canal, dentures etc.)

לפי דעתך, לאיזה סוג טיפול אתה נחוץ?
(פרט: סתימה, ניקוי, טיפול שורש, תותבות וכו')

Please include the following with this request:

1. Three most recent paystubs. 1. תלושי משכורת של שלושת החודשים אחרונים.
2. A copy of your Teudat Zehut. 2. צילום תעודת זהות.
3. Bank statements from all accounts detailing the last three months. 3. פירוט כלל התנועות בכל חשבון בנק עבור 3 החודשים האחרונים.
4. Doctor's recommendation (Can be provided by our dentist). 4. תכנית טיפול מרופא (ניתן להשיג מהרופאים שלנו).

I hereby declare that the information in this form as well as the required documentation is correct and complete. I am aware that providing false and/or incomplete statements will cancel eligibility for assistance from the fund immediately.

הנני מצהיר בחתימה זו כי הפרטים אשר מלאתי בטופס זה וטפסי ההוכחה הנלווים הינם נכונים ומלאים, ידוע לי כי מסירת הצהרה כוזבת ו/או לא מלאה תגרום לביטול זכאותי לסיוע מהעמותה לאלתר.

Date/תאריך _____ Signature/חתימה _____

Return to:

Email: office@hatikvadental.co.il

Or

Fax: 02-579-4727

For any matter or question call 02-573-1773

החזר ל:

מייל: office@hatikvadental.co.il

או

פקס: 02-579-4727

בכל עניין ושאלה ניתן להתקשר לטל' 02-573-1773

For the Clinic

עבור המרפאה בלבד

תאריך: _____ שם: _____ אושר: _____ / _____ לא

הערות: _____

חתימה: _____