

תכנית לסיוע וסבסוד



מסמך זה נערך ונחתם בתאריך: _____

בין:

עוגן משלים בע"מ - שירותי סיוע, ח.פ. _____, מרחוב _____, _____

(להלן: "החברה")

מצד אחד;

לבין: _____, ת.ז. _____, מרחוב _____, _____

(להלן: "המנוי")

מצד שני;

הואיל וההחברה הינה חברה המציעה תכנית סבסוד והשמת מטפלים אישיים במקרה של צורך בתמיכה תפקודית;

והואיל והמנוי מעוניין להצטרף לתכנית הסבסוד וההשמה;

והואיל והחברה מעוניינת לקבל את המנוי לתכנית הסבסוד בכפוף לתנאים ולהוראות המפורטים במסמך זה;

לפיכך הוסכם, הוצהר והותנה בין הצדדים כדלקמן:

1. הגדרות

- 1.1. "החברה" – עוגן משלים בע"מ - שירותי סיוע, לרבות נציגיה, שלוחיה, עובדיה וכל הפועל מטעמה.
- 1.2. "המנוי" – כל אדם אשר חתם על מסמך זה, מילא הצהרת בריאות מלאה, ואושר על ידי החברה.
- 1.3. "גורם מקצועי מוסמך" – רופא מומחה, אחות מוסמכת, עובדת סוציאלית, פיזיותרפיסט/ית, או מרפא/ה בעיסוק.
- 1.4. "צורך בתמיכה תפקודית" – מצב בו המנוי נזקק לעזרה בפעולות היומיום הבסיסיות.
- 1.5. "מטפל אישי" – אדם המספק שירותי טיפול, סיוע, ליווי או השגחה למנוי.

2. מהות התכנית

- 2.1. החברה מציעה למנוי השתתפות במערך חברתי משותף, במסגרתו החברה תפעל, בהתאם לשיקול דעתה הבלעדי, לסיוע במקרה של צורך בתמיכה תפקודית, באמצעות סיוע באיתור, גיוס, השמה וסבסוד העסקת מטפל אישי.

2.2. התוכנית כוללת

- סבסוד 20% של עלויות העסקת מטפל אישי בידי חברת "עוגן משלים", בכפוף לקריטריונים ברורים ומחייבים המפורטים בסעיף 4.
- ליווי משפטי אישי ומקצועי צמוד על ידי משרד עורכי דין מוביל בתחום, כולל הסברה מעמיקה ויסודית על כלל הזכויות והחובות מול רשויות וחברות הביטוח. בדיקת זכויות וייעוץ ראשוני יסודי ללא עלות.
- פגישת ייעוץ אישית ומקיפה עם עובדת סוציאלית בכירה, למיפוי מדויק של צרכים ובניית תכנית טיפולית ברורה ואפקטיבית.
- החברה תספק כספים ברכישת ציוד סיעודי ואביזרי עזר צרכים, תוך התאמה מדויקת מצבו רפואי והתפקודי של המנוי. השיעור תינתן של עד 50% מעלות הרכישה ועד תקרה של 10,000 ₪, מבחר שני מוצרים בהתאם להסדרים ייחודיים עם ספקים מובילים בתחום. הכוונה מקצועית ומדויקת בהתאמת ציוד סיעודי ואביזרי עזר רפואיים בהתאם למצב הבריאותי והתפקודי המדויק של המנוי, כולל הנחות ייחודיות מול ספקים מובילים. לרכישת שני מוצרים בתחומים: אביזרי בטיחות מתקדמים, אביזרי היגיינה איכותיים, פתרונות תקשורת חדשניים.
- השתתפות כספית בשיעור 50% לרכישת מדרסים אורתופדיים מקצועיים מבית "פיט סטפ", כולל הגעה עד לבית הלקוח, בדיקות ואפיון אישי על ידי מומחה בעל ניסיון.

- מוקד שירות לקוחות מקצועי ואיכותי, הפועל מסביב לשעון – 24 שעות ביממה, 7 ימים בשבוע – עם זמינות מלאה ומענה מהיר, אישי ואפקטיבי לכל סוג של פנייה, צורך דחוף או אירוע חירום. המענה ניתן בשפות: עברית, ערבית, רוסית ואנגלית – לטובת שירות זמין ומגיש לכלל המגזרים והאוכלוסיות
 - השתתפות משמעותית בסבסוד של 25% בעלות שירותי אחות מוסמכת, עד 5 ביקורים בשנה בבית הלקוח לטיפול רפואי וליווי אישי צמוד.
 - תיאום זריז וקידום אפקטיבי של תורים לרופאים מומחים ובדיקות אבחון מתקדמות, CT, MRI, אולטרסאונד
 - בדיקת מימוש זכויות – מקסימום זכויות בדיקה וייעוץ מקצועיים ויסודיים למיצוי מלא ואופטימלי של זכויות רפואיות, סיעודיות וכלכליות במקרה תאונה או מחלה – ללא פשרות וללא עיגולי פינות. השירות כולל הגעה לבית הלקוח ומתן ייעוץ ראשוני ללא עלות על ידי צוות מומחה בתחום הזכויות והסיעוד.
- 2.3. מובהר בזאת כי אין החברה מספקת שירותי טיפול או סיעוד בעצמה, אלא מסייעת באיתור, השמה ומימון חלקי של מטפל אישי עבור המנוי.
- 2.4. אין במסמך זה התחייבות מצד החברה למתן סיוע או לגובה הסיוע שיינתן. כל סיוע שניתן, לרבות סיוע כספי וסבסוד, הינו על בסיס שיקול דעת מקצועי בלתי תלוי של החברה והצגת קבלה.
- 2.5. החברה שומרת לעצמה את הזכות לדרוש בדיקות רפואיות נוספות בכל עת.

3. הצטרפות לתכנית

- 3.1. תנאי מוקדם להצטרפות הינו מילוי הצהרת בריאות מלאה ואמיתית ואישורה על ידי החברה ותנאי חיתום
- 3.2. המנוי יחל לאחר אישור החברה וביצוע התשלום הראשון.

4. תנאים לקבלת סבסוד

- 4.1. המנוי יהיה זכאי לבקש סבסוד להעסקת מטפל אישי בהתקיים התנאים הבאים:
- א. המנוי שילם דמי מנוי באופן רציף לתקופה של לפחות 8 חודשים טרם הבקשה לסבסוד
- ב. גורם מקצועי מוסמך קבע כי המנוי זקוק לתמיכה תפקודית משמעותית.
- ג. המנוי אינו מסוגל לבצע לפחות 4 מתוך 6 פעולות יומיומיות בסיסיות (ADL - Activities of Daily Living) הכוללות:
- **לקום ולשכב** - היכולת לעבור ממצב שכיבה לשיבה ולקום מכיסא, כולל ביצוע זאת מכיסא גלגלים.
 - **להתלבש ולהתפשט** - היכולת ללבוש פריטי לבוש מכל סוג ופעולת חיבור מכשירים רפואיים או אביזרים מלאכותיים.
 - **להתרחץ** - היכולת להתרחץ באמבטיה או במקלחת או בכל דרך אחרת, כולל כניסה לאמבטיה או למקלחת ויציאה מהן.
 - **לאכול ולשתות** - היכולת להזין את הגוף באמצעות אכילה או שתייה בעזרת כלי אוכל.
 - **שליטה על הסוגרים** - היכולת לשלוט על פעולת המעיים או פעולת השתן, או שימוש בסטומה או בקטטר.
 - **ניידות** - היכולת לנוע ממקום למקום באופן עצמאי, עם או בלי עזרים. ד. המנוי הגיש בקשה מסודרת לחברה, בצירוף כל המסמכים הרלוונטיים. ה. החברה אישרה את הבקשה לאחר בחינתה, לפי שיקול דעתה הבלעדי.
- 4.2. גובה הסבסוד ייקבע לפי שיקול דעתה הבלעדי של החברה. החברה רשאית לקבוע, להפחית, לשנות או אף לבטל את הסבסוד בהתאם לשיקוליה המקצועיים והכלכליים. המנוי מצהיר כי ידוע לו שאין לחברה כל התחייבות לאישור בקשת סבסוד או לגובה הסבסוד, וכי החלטת החברה בעניין זה הינה סופית.
- 4.3. הסבסוד יינתן לתקופה מוגבלת של עד 36 חודשים, בכפוף להערכה מחודשת של הצורך התפקודי אחת ל-6 חודשים.
- 4.4. החברה שומרת לעצמה את הזכות לפנות לגורמים מקצועיים מטעמה לצורך הערכת מצבו התפקודי של המנוי.

5. אופן הפעלת הסבסוד

- 5.1. הסבסוד יינתן באחת מהדרכים הבאות, לפי שיקול דעתה הבלעדי של החברה:
- א. תשלום ישיר למטפל האישי.
- ב. החזר למנוי כנגד הצגת קבלות על תשלום למטפל האישי.
- ג. תשלום לחברת כח אדם המספקת שירותי טיפול אישי או ללקוח כנגד חשבונית העסקת עובד ישראלי
- 5.2. המנוי יהיה אחראי להתקשרות החוזית עם המטפל האישי, בהתאם לכל דין, ולתשלום החלק שאינו מסובסד על-ידי החברה.

5.3. זרזו וסבסוד תורים מהירים כפוף ל 6 חודשי תשלום רציפים לטובת החזר כספי מצד החברה

6. הצהרת בריאות

- 6.1. מילוי הצהרת בריאות מלאה, מפורטת ואמיתית הינו תנאי מהותי להצטרפות לתכנית ולתוקפו של מסמך זה.
- 6.2. מתן הצהרה כוזבת או הסתרת מידע רפואי מהותי תביא לביטול מיידי של המנוי ולשלילת הזכאות לסבסוד.

7. תנאים כלליים

- 7.1. החברה שומרת לעצמה את הזכות לעדכן את תנאי התכנית, תוך מתן הודעה מוקדמת של 30 יום למנוי.
- 7.2. התכנית המוצעת הינה התקשרות פרטית למתן שירותים ואינה מהווה ביטוח סיעודי או כל סוג של ביטוח אחר.
- 7.3. החברה אינה מבטיחה את זמינותם או איכות עבודתם של המטפלים האישיים.
- 7.4. אין במסמך זה כדי ליצור יחסי עובד-מעביד בין החברה למטפל האישי או למנוי.
- 7.5. החברה לא תישא באחריות לנזק ישיר או עקיף שייגרם למנוי על ידי המטפל האישי.

8. תנאי ביטול

- 8.1. המנוי רשאי לבטל את התקשרותו בתוך 14 ימים ממועד החתימה, בהתאם להוראות חוק הגנת הצרכן, התשמ"א-1981.
- 8.2. לאחר תקופה זו, ניתן לבטל את המנוי בכל עת בהודעה בכתב של 30 יום מראש, אך לא יינתן החזר בגין תשלומים שבוצעו.

9. אישור והסכמה

- 9.1. המנוי מצהיר בזאת כי קרא את מסמך זה, הבין את תוכנו ומסכים לכל תנאיו.
- 9.2. המנוי מבין כי מדובר בשירות פרטי לסבסוד העסקת מטפל אישי ואינו מהווה ביטוח סיעודי או תחליף לו.
- 9.3. המנוי מאשר כי הצטרפותו לתכנית נעשית מרצונו החופשי, לאחר שהבין את מהות השירות, יתרונותיו ומגבלותיו.

שם המנוי המלא: _____

מספר תעודת זהות: _____

תאריך החתימה: _____

חתימת המנוי: _____

עוגן משלים בע"מ - המרכז לסיוע ותמיכה

מייל החברה, complementaryltd@gmail.com

שירות הלקוחות - מקצועי ואיכותי הפועל 24 שעות ביממה, עם זמינות מלאה בטלפון **052-8607500**. השירות ניתן לכל צורך, פנייה או אירוע דחוף, על ידי נציגים דוברי עברית, ערבית, רוסית ואנגלית