

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

שם המבוטח: _____

במקרה שהמבוטח הוא קטין / חסוי – שם/שמות ההורים / האפוטרופוסים:

מס' זהות: _____

שנת לידה: _____

כתובת: _____

טלפון: _____

דוא"ל: _____

מ.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 את כל התכתובת הרלוונטית].

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

אם כן, אנא פרט למי פנית והאם הנך עדיין מיוצג על ידו _____

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, 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 ויפויי 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 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 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 _____