

אל: מחוז שיקום \_\_\_\_\_

**בקשה למימוש זכאות רכב רפואי**

שם משפחה	שם פרטי	מספר תיק

אבקש לממש את זכאותי להחלפת רכב רפואי.

1. ידוע כי עלי להמציא חשבונית בגין תשלום הרכב תוך 30 ימים מיום קבלתה.
2. ידוע לי כי עם קבלת החשבונית יתבצע תחשיב סופי של הסיוע לו אני זכאי בגין רכישה של הרכב הרפואי החדש וכי אם יסתבר כי קיבלתי סיוע מעבר לסיוע לו אני זכאי על פי הוראה 56.02 – יקוזז הסיוע העודף מהתשלומים המשולמים לי מידי חודש, בהתאם לכללים הקבועים בסעיף 16 לחוק הנכים.

אני מצהיר על נכונות הנתונים

\_\_\_\_\_  
תאריך\_\_\_\_\_  
חתימה

\*יש לחתום רק באם שולחים באופן לא מקוון