

- קרן יחד - טופס הצטרפות בהוראת קבע

לנוחותכם 6 אפשרויות להצטרף לקרן יחד:
1. הוראת קבע 2. כרטיס אשראי 3. באתר האינטרנט - www.kyachad.co.il
4. יצירת קשר טלפוני: 02-6280030 5. שליחת הטופס בפקס למספר 15326280030
6. שליחת הטופס בדואר לת.ד. 120 קריית ארבע מיקוד 9010000

דואר אלקטרוני

איש
אישה

נייד

איש
אישה

שם משפחה ופרטי

איש
אישה

מיקוד	עיר	מספר בית	רחוב	טלפון בית
-------	-----	----------	------	-----------

הוראת קבע (הוראה לחיוב חשבון)

מספר חשבון בבנק	סוג חשבון	קוד המסלוקה
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
קוד המוסד	אסמכתא (מס' מזהה של הלקוח בחברה)	בנק
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5 5 3 3 4		

לכבוד בנק	סניף
<input type="text"/>	<input type="text"/>
כתובת הסניף	
<input type="text"/>	
1. אני/אנו הח"מ	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

מספר זהות / ת.פ.

מיקוד	עיר	מספר	רחוב	כתובת
-------	-----	------	------	-------

6. הבנק רשאי להוציא/ני/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע ל/יל/נו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
7. נא לאשר לקרן יחד (ע"ר) בספח המחובר לזה קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

פרטי הרשאה

סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת ע"י קרן יחד (ע"ר) ע"פ סיכום מזמן לזמן.

ג. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב, לא יותר מתשעיים ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב הרשאה, אם נקבעו.
3. ידוע ל/ינו כי הפרטים שצוינו בכתב הרשאה ומילויים הם נושאים שעל/ינו להסדיר עם המוטב.
4. ידוע ל/ינו כי סכומי החיובי ע"פ הרשאה זו יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח ל/ינו ע"י הבנק הודעה מיוחדת בנין חיובים אלה.
5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.

נותנים/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוני/חשבוננו הנ"ל בסניפכם, בנין תרומה, בסכומים שיומצאו לכם מדי מפעם לפעם באמצעי מגנטי, או רשימות של קרן יחד (ע"ר) כמפורט מטה ב"פרטי הרשאה".

2. ידוע ל/ינו כי:

א. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני / מאתנו בכתב לבנק ולקרן יחד (ע"ר) שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן הודעה בבנק וכן ניתנת לביטול ע"פ הוראת כל דין.
ב. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל מראש חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידי/נו לבנק בכתב לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.

תאריך

חתימת בעל/י החשבון

תאריך חיוב 1 לחודש 10 לחודש 20 לחודש

-טופס הצהרת בריאות-

נרשמים שילדיהם מעל גיל 30 אינם נדרשים למלא את השאלון הרפואי

יותור על סודיות רפואית: אני נותנת/ת בזה רשות לכל עובד ו/או מוסד רפואי למסור ל"קרן יחד - יוזמה חברתית לדורות" (ע"ר) כל מידע שתבקש על כל מחלה שחלתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ואני ממשרת/ת אותם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל, ומוותרת/ת על סודיות זו כלפי הקרן. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עוזבני ואת באי כוחי החוקיים.

שאלון הרפואי

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| אישה | גבר | |
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> לא | 1. האם הינך סובל או סבלת ממחלה נוירולוגית, לרבות טרשת נפוצה, ALS, פרקינסון ודמנציה? |
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> לא | 2. האם חלית או טופלת במחלת הסרטן או במחלה המטבולית ב-10 השנים האחרונות? |
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> לא | 3. האם הינך סובל או סבלת מאירוע מוחי או מיתר לחץ דם שאינו מאוזן למרות טיפול תרופתי? |
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> לא | 4. האם הינך סובל או סבלת ממחלת לב (כמפורט להלן)? |
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> לא | - האם אתה סובל או סבלת מתסמונת תעוקתית (כאבים בחזה)? |
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> לא | - האם אתה סובל או סבלת ממחלת שריר הלב (קרדיומיופטיה)? |
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> לא | - האם אתה סובל או סבלת מבעיה במסתמי הלב? |
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> לא | - האם עברת השתלת דפיברילטור ICD? |
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> לא | - האם יש לך נפיחות ברגליים? |
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> לא | - האם אתה סובל או סבלת מאי ספיקת לב? |
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> לא | - האם עברת ניתוח ב-6 החודשים האחרונים ו/או האם הינך מועמד/ת לניתוח? |
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> לא | 5. האם הינך סובל או סבלת מסיבוכי מחלת הסכרת (לדוגמה, נמק בגפיים או קטיעה)? |
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> לא | 6. האם הינך סובל או סבלת ממחלת כליות או לבלב או כבד? |
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> לא | 7. האם הינך סובל או סבלת ממחלת ריאה? |
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> לא | - האם אתה זקוק לחמצן באופן קבוע? |
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> לא | - האם אושפזת בשנתיים האחרונות עקב מחלת ריאה כרונית? |
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> לא | - האם אתה סובל מפיברוזיס ריאתי? |
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> לא | 8. האם הינך מועמד להשתלה או עברת השתלה של לב, ריאה, לבלב, כבד או מח עצם? |

1. אנו הח"מ מצהירים בזה כי ברצוננו להצטרף לתכנית "קרן יחד", וכי קראנו את התקנון, הננו מסכימים לכל הכתוב בו, ומתאימים להצטרף לתכנית.
2. במקרה של אסון ח"ו באחת מהמשפחות שב"קרן יחד", נתרם את הסכומים הנדרשים על פי תקנון "קרן יחד".

ת.ז. האישה

תאריך

חתימת האישה

ת.ז. האיש

תאריך

חתימת האיש

- קרן יחד -

טופס הצטרפות בכרטיס אשראי

לנוחותכם 6 אפשרויות להצטרף לקרן יחד:

- הוראת קבע 2. כרטיס אשראי 3. באתר האינטרנט - www.kyachad.co.il
- יצירת קשר טלפוני: 02-6280030
- שליחת הטופס בפקס למספר 15326280030
- שליחת הטופס בדואר לת.ד. 120 קרית ארבע מיקוד 9010000
- שליחת הטופס בדואר לת.ד. 120 קרית ארבע מיקוד 9010000

שם משפחה ופרטי	נייד	דואר אלקטרוני
איש	איש	איש
אישה	אישה	אישה
רחוב	מספר בית	עיר
מיקוד	מיקוד	מיקוד

הוראת קבע בכרטיס אשראי

שם בעל הכרטיס	סוג הכרטיס
מס' אשראי	CVV
תוקף	ת.ז.

-טופס הצהרת בריאות-

נרשמים שילדיהם מעל גיל 30 אינם נדרשים למלא את השאלון הרפואי

יתור על סודיות רפואית: אני נותן/ת בזה רשות לכל עובד ו/או מוסד רפואי למסור לקרן יחד - יוזמה חברתית לדורותי (ע"ר) כל מידע שתבקש על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ואני משחרר/ת אותם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל, ומוותר/ת על סודיות זו כלפי הקרן. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ואת באי כוחי החוקיים.

איש	גבר	שאלון הרופאי
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	1. האם הינך סובל או סבלת ממחלה נירולוגית, לרבות טרשת נפוצה, ALS, פרקינסון ודמנציה?
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	2. האם חלית או טופלת במחלת הסרטן או במחלה המטולוגית ב-10 השנים האחרונות?
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	3. האם הינך סובל או סבלת מאירוע מוחי או מיתר לחץ דם שאינו מאוזן למרות טיפול תרופתי?
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	4. האם הינך סובל או סבלת ממחלת לב (כמפורט להלן)?
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	- האם אתה סובל או סבלת מתסמונת תעוקתית (כאבים בחזה)?
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	- האם אתה סובל או סבלת ממחלת שריר הלב (קרדיומיופטיה)?
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	- האם אתה סובל או סבלת מבעיה במסתמי הלב?
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	- האם עברת השתלת דפיברילטור ICD?
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	- האם יש לך נפיחות ברגליים?
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	- האם אתה סובל או סבלת מאי ספיקת לב?
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	- האם עברת ניתוח ב-6 החודשים האחרונים ו/או האם הינך מועמד/ת לניתוח?
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	5. האם הינך סובל או סבלת מסיבוכי מחלת הסכרת (לדוגמה, נמק בגפיים או קטיעה)?
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	6. האם הינך סובל או סבלת ממחלת כליות או לבלב או כבד?
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	7. האם הינך סובל או סבלת ממחלת ריאה?
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	- האם אתה זקוק לחמצן באופן קבוע?
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	- האם אושפזת בשנתיים האחרונות עקב מחלת ריאה כרונית?
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	- האם אתה סובל מפיברוזיס ריאתי?
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	8. האם הינך מועמד להשתלה או עברת השתלה של לב, ריאה, לבלב, כבד או מח עצם?

- אנו הח"מ מצהירים בזה כי ברצוננו להצטרף לתכנית "קרן יחד", וכי קראנו את התקנון, הגנו מסכימים לכל הכתוב בו, ומתאימים להצטרף לתכנית.
- במקרה של אסון ח"ו באחת מהמשפחות שב"קרן יחד", נתרם את הסכומים הנדרשים על פי תקנון "קרן יחד".

ת.ז. האישה	תאריך
חתימת האישה	חתימת האישה

ת.ז. האיש	תאריך
חתימת האיש	חתימת האיש



פעילות הקרן תחל כאשר מספר הנרשמים יגיע ל-5000

א. נוהלי רישום - תנאי הצטרפות:

1. הרישום נעשה באמצעות טופס הצהרה שבו יציינו המעוניינים להצטרף לתכנית את פרטיהם האישיים, את מצבם הבריאותי ואת אמצעי התשלום המועדף עליהם (הוראת קבע או כרטיס אשראי) וכן יחתמו על הסכמתם לכל תנאי התקנון.
2. דמי רישום חד פעמיים בסך 36 ש"ח (פעמיים ח"י) ייגבו בעת הצטרפות.
3. כל משפחה נחשבת למינוי אחד (להלן: משפחה מנויה).
4. "יעד קרן יחד" (להלן: הוועד) רשאי להתנות את הצטרפות לתכנית במילוי שאלון רפואי מפורט לשני בני הזוג ובצירוף מסמכים כנדרש. המסמכים ייבחנו בידי ועדה רפואית, ולצערנו הקרן לא תוכל לקבל משפחה שאחד מבני הזוג בה חולה במחלה המסכנת חיים, בהתאם לשיקול דעתה.
5. לאחר שהוועד יקבל ויאשר את טופס הצטרפות, יישלח לנרשמים טופס אישור ובו מספר מנוי. לוועד שמורה הזכות שלא לאשר את הצטרפותם של נרשמים לתכנית, והחלטתו תהיה סופית.
6. אם יוברר למפרע כי מצטרף לא הצהיר על בעיה רפואית קיימת ו/או נרשם בניגוד לאמור בסעיף התקנון, תבוטל חברותו לאלתר וזכויותיו תבוטלנה רטרואקטיבית. מנוי שבוטלה חברותו בגין סעיף זה לא יהיה זכאי לשום פיצוי ו/או שיפוי.
7. הצטרפות לתכנית היא אישית, אינה ניתנת להעברה ואינה עוברת בירושה!

ב. ביצוע הגבייה:

1. במקרה של פטירת מנוי, יופעל מנגנון גביית כספים באמצעות הוראת קבע בנקאית או בכרטיס אשראי מכלל החברים בקרן לסיוע למשפחת המנוי. ייגבה סכום חד פעמי של עד 10 ש"ח לכל יתום, כפול מספר היתומים, ובתוספת של עד 4 ש"ח עבור ליווי המשפחה והטיפול בהקמת המגביית למשפחה. ייתכן שסכום הגבייה יחולק וייגבה כמה פעמים, ובלבד שהסכום לא יעלה על הסכום האמור כלפי כל יתום זכאי.
2. בכל מקרה, לא יעלה סכום הגבייה על 64 ש"ח לחודש. אם ח"ו יירש בגין מקרה פטירה סכום העולה עליו (עקב מספר רב של יתומים, או מספר פטירות בחודש אחד ל"ע), תועבר יתרת הסכום הנדרש לגבייה לחודשים הבאים.
3. הוועד יהיה רשאי להעלות את סכום הגבייה בהתאם לגובה המדד.
4. על מנת למנוע עמלות מיותרות, שומה על כל מנוי להודיע מראש לוועד על כל שינוי בפרטי הבנק שלו, ו/או על כל סיבה שעלולה לגרום לאי כיבוד החיוב בבנק שבו מתנהל החשבון.
5. מנוי שבחשבונו הוצג חיוב שלא כובד מכל סיבה שהיא, יוכל לפרוע את חובו בגבייה של החודש שלאחריו, או על ידי משלוח המחאה בסכום שהוצג לבנק ובתוספת עמלת הבנק.
6. מנוי שלא פרע את התחייבויותיו במשך 60 יום ממועד החיוב בבנק, ייראה כמי שוויתר על חברותו בקרן. במקרה כזה, המנוי יוכל להצטרף שוב לתכנית רק לאחר חצי שנה, ויידרש לעמוד בתנאי הקרן כמנוי חדש.
7. מנוי שהופסקה חברותו מכל סיבה שהיא אינו זכאי להחזר כל שהוא על התשלומים הקודמים.

ג. קבלת סיוע:

1. במקרה פטירה ל"ע של אחד מההורים במשפחה מנויה, נציג מקצועי מטעם הקרן ייפגש עם המשפחה המנויה, ויודיע לה על העברת סכום של 50,000 ש"ח עבור כל יתום זכאי מכספים שייגבו לצורך כך באופן מידי, יסייע לה לבחון את מצבה הכספי ובהתאמה התנהלותה הכלכלית (אם הדבר נצרך), ויבחן עמה את הצורך לסיוע מהקרן על פי המתחייב בתקנון.
2. בהתאם לבחינת הנציג והמלצתו לוועד, יקבע הוועד את סכום הכסף הנוסף שייאסף ויופקד עבור המשפחה, בסכום שלא יעלה על מספר

1. החברים בקרן כפול 10 ש"ח כפול מספר היתומים הזכאים, ובכל מקרה לא יעלה על 150,000 ש"ח ליתום, בכל שלבי הגבייה.
3. יתומים זכאים הם ילדים שבמועד פטירת ההורה במשפחה מנויה טרם מלאו להם 30 והם אינם נשואים. הוועד רשאי להחשיב ליתום זכאי גם יתום נשוי בשנתיים הראשונות לנישואיו, והסכום המקסימלי שיהיה זכאי לו לא יעלה על 100,000 ש"ח.
4. הכספים ינוהלו במסלולי השקעה בהתאם להנחיות ולכללים שמפרסם האפוסטרופוס הכללי.
5. הסכומים שנגבו עבור היתומים, וכן הפירות שייבאו במהלך השנים, מיועדים אך ורק לצורכי היתומים, בעיקר להוצאות נישואיהם והקמת ביתם בעתיד (להלן: צרכים מוכרים). עם זאת, בכפוף להחלטת הוועד יועברו כספים מתוך הסכום שנתרם למשפחה גם במהלך השנים שעד חתונת היתומים, לצורך השכלתם ולצרכים חיוניים אחרים.
6. אם יתברר במהלך השנים כי הכספים שנתרמו אינם נצרכים ליעדים שעבורם הוקמה הקרן, בסמכות הוועד להעביר את הכספים ליתומים/אחרים וכך להימנע מגבייה נוספת.
7. מאחר שמדובר בכספי צדקה, מוסכם כי הסכום שמעבר ל-50,000 ש"ח ליתום זכאי לא ייאסף עבור משפחה אשר הוועד יעריך כי יש בידה עודף נכסים המאפשר לממן את הצרכים האמורים של היתומים הזכאים. אם יוערך כי יש בידי המשפחה המנויה כדי לממן חלקית את הצרכים הללו, תתבצע גבייה חלקית להשלמת הסכום העומד לרשות כל יתום זכאי לסכום הנדרש לפי כללי הקרן בסעיף 2 ג לעיל.
8. הסכומים המיועדים למשפחות ינוהלו בחשבונות נפרדים על ידי הנהלת הקרן, והוצאת כספים לצורך המשפחה תיעשה בהרשאה של הוועד או של מי מטעמו, וזאת כדי לבקר את הוצאת הכספים בצורה נבונה ועל מנת לשמור את הכספים ליעודם העיקרי - בגרותו וחתונתו של היתום.
9. בחתונת כל אחד מן היתומים הזכאים יקבל המתחתן לידי את יתרת הסכום שנצבר עבורו.
10. מאחר שהתכנית היא קרן צדקה הפועלת על פי ההלכה בלבד, ואינה תכנית ביטוח, ההרשמה וההצטרפות לתכנית מותנות בכך שבמקרה של ריבוי מקרי מוות שלא כדרך הטבע ח"ו (כגון מלחמה ורעידת אדמה), ו/או במקרה שיחליט הוועד כי המצב אינו מאפשר גבייה מהחברים (כגון ריבוי יתומים רח"ל, אינפלציה במשק או כל מצב אחר) או במקרה של מאבד עצמו לדעת ח"ו, יכריע הוועד אם תבוצע גבייה במקרה הפטירה ובאיזה סכום.
11. יודגש כי הגבייה מהווה סיוע למשפחה במצוקה ואינה מהווה התחייבות של הקרן להעברת סכום כל שהוא למשפחה המשלמת. כל העברת כספים מהקרן תהיה בהתאם לכללים אלו ולשיקול הדעת הבלעדי של ועד הקרן. החלטת הוועד תהיה סופית, ללא שום אפשרות תביעה לשיפוי ו/או פיצוי, ו/או תרעומת מכל סוג שהוא בכל מקום ובכל ערכאה שהיא.
12. כל המחלוקות הנובעות מהסכם זה יידונו בהתאם לדין תורה. פוסק הקרן הוא הגאון הרב יעקב אריאל שליט"א - רב העיר רמת-גן.
13. למרות האמור בסעיף 11, חתימה על תקנון זה היא חתימה על הסכם בורות וכל טענה או תביעה הנובעת מהסכם זה תידון אך ורק לפני הרב יעקב אריאל שליט"א. כאם תהיה כל מניעה שהיא שבשלה לא יוכל הרב אריאל לדון בטענות, ימונה בורר חלופי בידי הרב הראשי לישראל הראשון לציון שליט"א. יודגש כי הבורר לא יהיה כפוף לפרוצדורה הדיניית ולדיני הראיות וכי הדין החל הינו דין תורה.
14. במקרה הצורך ולתועלת התכנית יוכל הוועד לשנות או להוסיף סעיפים בתקנון, והשינויים יובאו לידיעת חברי הקרן והציבור.

כולנו תפילה ליושב במרומים, שלא יצטרכו עמך בית ישראל זה לזה ולא לעם אחר. ונזכה כולנו לאורך ימים ושנים טובות מתוך בריאות, שמחה ונחת עד ביאת גואל צדק במהרה בימינו, אמן.



02-6280030

www.kyachad.co.il

ת.ד. 120 קריית ארבע 9010000

**כולנו
מצטרפים**