

## קרן יונה בחור (גפן) ז"ל

### 1. רקע כללי

יונה בחור ז"ל היתה סופרת, משוררת ומתרגמת, אשר הורישה את עזבונה לטובת ההקדש "קרן יונה בחור גפן" שנועד לסייע לסופרים חולים הזקוקים לסיוע לצרכים רפואיים. אקו"ם הינה נאמנה בהקדש ופועלת לטובת הגשמת מטרותיו. אקו"ם מינתה שלושה נציגים אשר יהיו חברים בוועדה שתדון במתן התמיכות לסופרים.

### 2. הזכאים לקבלת תמיכה מקרן יונה בחור (גפן) ז"ל :

2.1 התמיכה תינתן לסופרים (חברי אקו"ם ומי שאינם חברי אקו"ם) אשר פרסמו לפחות יצירה אחת בתחום הסיפורת (כדוגמת: ספר, רומן, סיפור קצר, נובלה) דרך הוצאה לאור מוכרת, עצמאית או דיגיטלית.

תנאים מסייעים לבדיקה האם המבקש הינו סופר :  
**הכרה מקצועית:** קבלת פרסים, מועמדויות או ציון לשבח על כתיבה של הסופר בתחום הסיפורת.

**פרסום במגזינים ספרותיים:** פרסום סיפורת בכתבי עת ספרותיים, מקוונים או מודפסים, המוכרים בקהילת הספרות.  
**יצירה בעלת ערך ספרותי:** כתיבה בעלת עומק ספרותי, יצירתיות או תרומה תרבותית, אשר קיבלה ביקורת מקצועית או הכרה מקצועית הרלוונטית לתחום הסיפורת.

2.2 הסופר נקלע למצב רפואי שמצריך סיוע כלכלי כגון מחלה, פציעה או מצב בריאותי שכתוצאה ממנו קיימות לו הוצאות רפואיות גבוהות, אבדן הכנסה עקב חוסר יכולת לעבוד או דרישות טיפוליות ממושכות ומורכבות כך שהמצב הרפואי מציב את המבקש במצוקה כלכלית שדורשת תמיכה כספית.

\* התמיכה תינתן רק לפונים העומדים בשני התנאים: סופרים בלבד, שנקלעו למצב רפואי המצריך סיוע.

## קרו יונה בחור (גפן) ז"ל – טופס בקשה למבקשי תמיכה

יונה בחור ז"ל היתה סופרת, משוררת ומתרגמת אשר הורישה את עיזבונה לטובת הקדש שמטרתו לסייע לסופרים חולים הזקוקים לסיוע לצרכים רפואיים. ההקדש מיועד לסופרים שאינם בהכרח חברי אקו"ם.

### פרטים אישיים

שם: \_\_\_\_\_ תעודת זהות: \_\_\_\_\_  
שנת לידה: \_\_\_\_\_  
כתובת מגורים – רחוב ומספר: \_\_\_\_\_  
עיר: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_  
טלפון: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_  
כתובת דוא"ל: \_\_\_\_\_  
מצב משפחתי: רווק/ה – נשוי/אה – גרוש/ה – אלמן/ה (נא להקיף בעיגול).  
מספר אנשים שגרים אתך בבית \_\_\_\_\_  
קופ"ח \_\_\_\_\_ ביטוחים רפואיים \_\_\_\_\_

### ההקדש מיועד לסופרים.

נא לפרט על ניסיוןך המקצועי בתחום הספרות:

---

---

---

---

יש לצרף לטופס הבקשה אסמכתא להיותך סופר (בכפוף לקריטריונים המופיעים בתחתית טופס הבקשה)

---

### סיבת הבקשה לקבלת מענק:

נא לפרט את סיבת הבקשה ולצרף אסמכתאות מתאימות (כגון: הצעות מחיר של ציוד רפואי)

---

---

---

---

---

---

---

**ילדים:**

| מס' טלפון | כתובת | עיסוק | גיל | שם פרטי ומשפחה | מס' |
|-----------|-------|-------|-----|----------------|-----|
|           |       |       |     |                | .1  |
|           |       |       |     |                | .2  |
|           |       |       |     |                | .3  |
|           |       |       |     |                | .4  |
|           |       |       |     |                | .5  |

**קרובי משפחה שמסייעים לך:**

| מס' טלפון | כתובת | עיסוק | גיל | קירבה | שם פרטי ומשפחה | מס' |
|-----------|-------|-------|-----|-------|----------------|-----|
|           |       |       |     |       |                | .1  |
|           |       |       |     |       |                | .2  |
|           |       |       |     |       |                | .3  |

**מצב בריאותי:**

נא לפרט על מצבך הבריאותי

---



---



---



---

יש לצרף לטופס הבקשה אסמכתאות למצבך הבריאותי

\*\*\* על האישורים להיות נכונים לחצי השנה האחרונה וניתן להעביר סיכום מרופא משפחה, עובדת סוציאלית וכדומה.

**עיסוק:**

עצמאיות: \_\_\_\_\_ שכירה: \_\_\_\_\_ גמלאיות \_\_\_\_\_  
 אחר: \_\_\_\_\_

**מקורות הכנסה:**

| מס' | סוג ההכנסה                       | הכנסה לחודש<br>בש"ח | הכנסה לשנה<br>בש"ח |
|-----|----------------------------------|---------------------|--------------------|
| .1  | שכירה                            |                     |                    |
| .2  | עצמאית                           |                     |                    |
| .3  | פנסיה/תגמולים                    |                     |                    |
| .4  | ביטוח לאומי                      |                     |                    |
| .5  | אחר (לדוגמא: רכוש, רנטה, תמיכות) |                     |                    |

\*\*\* יש להעביר דפי בנק עבור 3 חודשים אחרונים או כל מסמך אחר המעיד על מצב כלכלי כגון הסדר חובות, אישור הכנסה מפקיד שומה וכו' יש לצרף לטופס הבקשה אסמכתאות למקורות ההכנסה

---

**הצהרת מבקשות התמיכה:**

הריני לאשר כי כל הפרטים שמסרתי הינם נכונים, שלמים ומדויקים ואני מתחייבת שהתמיכה שקיבלתי תשמש אך ורק לשם ביצוע הפעולות שלשמן התחייבתי. אני מודע לכך שהקרן שומרת לעצמה את הזכות לדרוש אסמכתאות לביצוע ההתחייבויות ולדרוש החזר כספי, ככל שיתברר שהפונה לא מסר/ה פרטים נכונים על מצבו/ה ו/או לא עמד/ה בהתחייבות ובתנאים שנקבעו לתמיכה.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

---

לשימוש משרדי

---

---

---

---