

תאריך _____

ערעור על דחיית בקשה למכשירי שיקום ואביזרי ניידות

הנחיות להגשת הטופס:

- יש לצרף מסמכים חדשים כדוגמת: סיכומים רפואיים מפורטים ו/או כל מסמך רפואי רלוונטי שיכול לסייע בבחינת הבקשה.
- את המסמכים יש לשלוח לתיבת מייל: mobilityapproval@mac.org.il

פרטים אישיים		
מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי

פרטי איש קשר		
סוג הקרבה	שם משפחה	שם פרטי
טלפון	כתובת מייל	

האביון / מכשיר המבוקשים:

סיבת הערעור:

נא פרט את סיבת הערעור וכל מידע הקשור לתפקוד שימוש במכשיר / אביון:

חתימה: _____

תאריך: _____

לתשומת לבך:

לא ניתן לערער על אישור אביון לאחר שנעשה בו שימוש כלשהו.