

הפניה לוועדת שיקום אזורית

להלן הנחיות להפניה לוועדת שיקום. יש להקפיד על קריאת ומלוי כל ההנחיות.

ההפניה תכלול את הטפסים הבאים:

- ❖ פרטים אישיים (עמוד 2)
- ❖ דו"ח רפואי, ימולא ע"י הפסיכיאטר המטפל. נא לצרף סיכום מחלה. (עמוד 3-5)
- ❖ דו"ח סיעודי, לפניות מאשפוז (עמוד 6-7)
- ❖ סיכום פסיכוסוציאלי, ימולא ע"י הגורם המטפל. (עמוד 8-10)
- ❖ הערכה תפקודית. רצוי לצרף אבחונים רלוונטיים. (עמוד 11-12)
- ❖ סיכום ונימוק המלצות הפונה והגורם המפנה. (עמוד 13-14)
- ❖ דיווח ממחלקת השיקום של הביטוח הלאומי (עמוד 20, ממולא וחתום ע"י המוסד לביטוח לאומי)
- ❖ דיווח קביעת נכות, אחוזי נכות וסעיפי הנכות (עמוד 21, ממולא וחתום ע"י המוסד לביטוח לאומי)
- ❖ טופס ויתור סודיות (לסל שיקום ולביטוח לאומי) חתום. (עמוד 15)

נספחים

- ❖ בקשה לטיפול דנטלי (עמוד 16)
- ❖ בקשה לקרן שיקום (עמוד 17)
- ❖ טופס בקשה לחונך או סומך (עמוד 18-19)
- ❖ טופס בקשה לסיוע בשכ"ד (עמוד 22)

יש לצרף

- ❖ יש לצרף כל מסמך המאפשר הכרות נוספת את הפונה כגון: דו"ח מלשכות רווחה, או ממסגרות שיקומיות בעבר ובהווה.

לתשומת לבכם

- ❖ יש למלא את כל הסעיפים בטפסים. הפניה לא מלאה או לא ברורה לא תובא לדיון לוועדת שיקום, עד השלמת הטפסים.
- ❖ על הפונה לצרף לפניה צילום תעודת הזהות. ללא צילום ת.ז. הפניה לא תובא לדיון.
- ❖ יש לצרף להפניה צילום של מנוי אפוטרופוסות (כאשר יש אפוטרופוס). על האפוטרופוס להגיע לדיון הוועדה ולא, לא תתקיים וועדה.
- ❖ את עמודים 17-18 יש לשלוח למוסד לביטוח לאומי. את הטפסים המלאים יש לצרף בעת הגשת הפניה.
- ❖ לוועדת שיקום תוזמן גם משפחת הפונה (חוץ מבמקרה שהוא מתנגד).
- ❖ הצרכים הדנטליים של פונים לוועדות שיקום מתוך אשפוז ממושך של יותר משנתיים הם באחריות של המרכז לבריאות הנפש הפונה, ואינם זכאים לשירות זה דרך סל שיקום.

על הגורם המפנה לשמור העתק של ההפניה, כולל כל הטפסים.

פרטים אישיים

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
---------	----------	-----------

שם האב	גיל	שם האם	גיל
מקצוע	מקצוע		

מספר	רחוב
מיקוד	טלפון
ישוב	

זכאות לסיוע משרד השיכון	הוגשה בקשה למשרד השיכון
כן / לא	כן / לא
סיבה להיעדר אישור זכאות	

שנת לידה	מין
שנת עליה	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
	ארץ לידה

שירות צבאי	1
מלא מתאריך	
חלקי	2
מס' חודשים	
מילואים	3
כיום?	
כן / לא	
לא רלוונטי	4

השכלה (סמן את כל האפשרויות)	
1 יסודית	
2 תיכונית	
3 על תיכונית (לא אקדמאית)	
4 אקדמאית	
5 קורס מקצועי	
6 ישיבה	
7 חסר השכלה	
סה"כ שנות לימוד	

ילדים	
מתחת לגיל 18	
מעל גיל 18	
סה"כ	

מצב משפחתי	
10 רווק	
20 נשוי	
21 נשוי/נפרד	
30 גרוש	
40 אלמן	
99 לא ידוע	

מגורים נוכחיים	
1 עצמאי/לבד	
2 עם משפחה	
3 עם בן/בת זוג	
4 דיור לוויין	
5 דיור מוגן רגיל	
6 ד. מוגן מתוגבר	
7 הוסטל רגיל	
8 הוסטל מתוגבר	
9 הוסטל לצעירים	
10 הוסטל כוללני	
11 אשפוז	
12 חסר דיור	

אפטרופוס	
1 אין	
2 קטין	
3 לגופו	
4 לרכושו	
5 לגופו ולרכושו	
6 תהליך מינוי	

מקבל הקצבה/אפטרופוס	
שם	
כתובת	
טלפון	
סוג קרבה	

הכנסות הפונה	
סה"כ הכנסת הפונה לחודש (נטו)	
מקורות פרנסה אחרים	
נכסים בבעלות הפונה	

הופנה למחלקת שיקום בבט"ל	
כן / לא	
תאריך ההפניה	

ביטוח לאומי	
תאריך קביעת נכות	
% נכות לפי סעיף 33	
% נכות לפי סעיף 34	
סה"כ % נכות נפשית	

בזמן ההפניה לוועדת שיקום מחוזית, הפונה: (סמן בעיגול) מאושפז בקהילה (כולל אשפוז יום)

חברות בקופ"ח	
1 כללית	
2 לאומית	
3 מכבי	
4 מאוחדת	
5 שילוח	
6 צה"ל	
7 אחר	
8 אין ביטוח	
9 לא ידוע	

שם וסוג היחידה המפנה	
----------------------	--

סמל היחידה המפנה	
------------------	--

שם ממלא הטופס	
מקום עבודה	
מס' טלפון	
מס' פקס	
תפקיד	
תאריך מילוי טופס	

דו"ח רפואי

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
---------	----------	---------------

למילוי ע"י הפסיכיאטר המטפל. יש לצרף גם סיכום מחלה.
1. תולדות המחלה

2. אבחנה (במילים לטיניות ומס' לפי ICD-10) | | | | | | | | | |

3. אשפוזים

* סה"כ מספר אשפוזים _____
* תאריך אשפוז ראשון _____ משך האשפוז _____ בית חולים _____
* תאריך אשפוז אחרון _____ משך האשפוז _____ בית חולים _____
* אורך האשפוז הנוכחי במידה והפונה מאושפז בזמן הפניה _____

4. א. האם המטופל היה מאושפז באשפוז בצו אשפוז? כן / לא
ב. האם המטפל היה מאושפז באשפוז הנוכחי בהוראת אשפוז? כן / לא
ג. האם המטפל היה מאושפז בעבר בצו אשפוז? כן / לא
ד. האם המטופל היה מאושפז בעבר בהוראת אשפוז? כן / לא
ה. האם המטופל שהה במחלקה סגורה בשנתיים האחרונות? כן / לא

אם התשובה חיובית באחת או יותר מהאפשרויות, יש לפרט סיבות האשפוז הכפוי, מספר האשפוזים הכפויים, ומשך זמן האשפוזים הכפויים.

5. שם המסגרת הנוכחית לטיפול ולמעקב תרופתי

6. א. הרכב התרופות הפסיכיאטריות שהפונה מקבל, נכון לתאריך כתיבת דו"ח זה

ב. האם ידוע לך על בעיות מיוחדות בקשר לטיפול תרופתי, תופעות לוואי, רגישות בעבר, או בזמן שהפונה בטיפולך?

ג. האם הפונה עצמאי בלקיחת תרופות?

הולך לבדו לקבל מרשם _____ כן / לא

נוטל תרופות באופן סדיר בלי תזכורת _____ כן / לא

האם הפונה צריך השגחה בנטילת תרופות _____ כן / לא

האם הפונה מכיר את התרופות שהוא לוקח _____ כן / לא

ד. האם קיימת התמכרות לתרופות?

7. האם הפונה מגיע באופן סדיר לפגישות המעקב? באיזו תדירות? באיזו מידה משתף פעולה?

8. א. האם ידוע לך על שימוש בסמים או אלכוהול? _____

ב. אם כן, אילו סמים? _____

ג. תדירות השימוש? _____

ד. כמות? _____

ה. מתי הפונה השתמש בסמים או אלכוהול לאחרונה? _____

ו. האם היו נסיונות לגמילה? _____

9. האם בחצי השנה האחרונה היו התפרצויות של אלימות פיזית או מילולית? אם כן – נא לפרט.

10. האם היו נסיונות אובדניים בעבר? אם כן, מתי ובאיזה אופן?

11. האם ידוע לך על מחשבות אובדניות?

12. מהם הסימנים המקדימים להידרדרות במצב הנפשי?

13. האם יש תופעות גרסיביות והתנהגויות חריגות אופייניות?

14. האם הפונה סובל ממחלות גופניות, מדבקות או אחרות (כינמת, הפטיטיס A,B,C, סקאביאס, AIDS, שחפת פעילה, מחלות מין) וזקוק לטיפול / תרופות? פרט. נא לצרף כל סיכום מחלה ו/או בדיקות רלוונטיות למצב הפיזית של הפונה. כמו כן, פרט אם יש מסגרות רפואיות אחרות שהפונה מטופל בהן.

15. סטטוס פסיכיאטרי נוכחי:

16. אם הפונה זקוק לטיפול דנטלי, נא למלא את הטופס לטיפול דנטלי (עמוד 16).

שם הרופא: _____ חתימה + חותמת _____
 מקום עבודה: _____
 מספר טלפון _____ תאריך מילוי הטופס _____

דו"ח סיעודי

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

דו"ח סיעודי ימולא רק במידה והפונה נמצא במסגרת אשפוז בזמן ההפניה

ניידות

- הולך חופשי ללא סיוע מכשירים או אדם
- נע בעזרת מכשיר (מקל/הליכון/כסא גלגלים)

הלבשה

- עצמאית
- זקוק לסיוע קל (הנעלה, כיפתור)
- זקוק לסיוע או דרבון או עזרה מלאה בהחלפה ובחירה של לבוש נקי ותואם

אכילה

- עצמאית
- באופן אסתטי
- רגיל לאכול בכל ארוחה?
- הרגלי אכילה מיוחדים?
- פרט

רחצה

- עצמאית
- זקוק לעזרה חלקית, דרבון והדרכה בביצוע, כולל גילוח או חפיפה
- תלות מלאה ברחצה; זקוק לעזרה פיזית ונוכחות ברחצה

שליטה על סוגרים

- מלאה
- חלקית: שלפוחית / מעיים
- ללא שליטה

קשר עם הסביבה

- מדבר/ת רגיל
- דובר עברית: כן / לא. אם לא – איזו שפחה מדבר ו/או מבין _____
- אינו מדבר בשורה שוטפת
- אינו מדבר בצורה ברורה
- יזום קשר עם מטופלים אחרים
- הפונה נעשר בצוות פרט: _____
- האם הפונה משתתף בקבוצות במחלקה? פרט: _____

ראיה

- תקינה
- זקוק למשקפים
- סיבות הגורמות לליקוי כלשהו בראיה (גלאוקומה, עיוורון מסכרת וכו')

שמיעה

- תקינה
 חרש
 כבד שמיעה
 משתמש במכשיר שמיעה

התמצאות

- התמצאות טובה בזמן ובמקום
 התמצאות חלקית, פרט _____
 חוסר התמצאות, פרט _____
 חוסר שיפוט הדורש השגחה או נוכחות של צוות מטפל 24 שעות ביום
 צורך בדרכוך והשגחה לביצוע פעילויות חיוניות בבית, כמו: ניקיון, ניהול כספים ותקציב, שמירה על היגיינה, הכנת מזון ושיש בחשמל ביתיים, פרט _____

שינה

- האם יש בעיות שינה?
 כיצד הפונה נוהג לקום בבוקר? פרט _____

תעסוקה ופנאי

- האם הפונה משתתף בפעילויות עד הצהריים?
 האם הפונה משתתף בפעילויות אחה"צ?
 האם הפונה משתתף בפעילויות לאורך כל היום?

שם ממלא/ת הטופס _____ חתימה _____
 מקום עבודה _____ תפקיד _____
 מספר טלפון _____ תאריך מילוי הטופס _____



סיכום פסיכוסוציאלי

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

סיבות ההפניה לסל שיקום

רקע משפחתי: בן/בת זוג, ילדים, הורים, אחים ואחיות, מיקום במשפחה, טיב הקשר בין הפונה למשפחתו

היסטוריה התפתחותית

שימוש בסמים ואלכוהול (בהווה ובעבר)

פרט במה משתמש _____

תדירות השימוש _____

מתי השתמש בפעם אחרונה בסמים או אלכוהול _____

כמות _____

נסיונות לגמילה _____

ניסיון קודם בשירותי שיקום: אילו מסגרות, מתי, מה הסיבה לסיים התקשרות עם אותן מסגרות (נא לצרף דו"חות רלוונטיים)

היסטוריה תעסוקתית: משך תקופות העבודה, הרגלי עבודה, יחס לעבודה, התנהגות בין אישית

כיצד הפונה מבלה את שעות הפנאי?

באיזו מידה קיימת מוטיבציה לשיקום?

כיצד מתבטאת מוטיבציית הפונה לשיקום?

העדפות מיוחדות של הפונה

מידת השתתפות הפונה בהכנת ההפניה

באיזו מידה שותפה המשפחה בתוכנית השיקומית ומה עמדתה לגבי ההפניה? (תומכת, מתנגדת, לא מעורבת, אין משפחה)

האם קיימים גורמי תמיכה נוספים למשפחה?

מה הם המשאבים הכספיים העומדים לרשות הפונה? (נכסים, כספים, הכנסה חודשית, ניירות ערך וכו')

מידת הקשר בין הפונה לכותב/ת הסיכום הפסיכוסוציאלי (מטפל עיקרי; זמן ההיכרות, תכיפות הקשר)

נא להוסיף פרטים רלוונטיים נוספים

שם ממלא/ת הטופס	_____	חתימה	_____
מקום עבודה	_____	תפקיד	_____
מספר טלפון	_____	תאריך מילוי הטופס	_____



הערכה תפקודית

מפתח לציון ההערכה:

- | | |
|---|--|
| 1 | עצמאי בביצוע הפעולה |
| 2 | זקוק לעידוד לביצוע הפעולה, אך יש לו הידע לבצעה |
| 3 | זקוק להדרכה לבצע את הפעולה |
| 4 | מוגבל בביצוע הפעולה |

הערה: ההערכה התפקודית תתבסס על היכולת של הפונה בתקופה בה מולא הטופס

הערכה ע"י המפנה				הערכה ע"י הפונה			
4	3	2	1	4	3	2	1
היגיינה אישית							
סיכום:							
משק בית							
סיכום:							
ניידות והתמצאות בסביבה							
סיכום:							
תפקוד תעסוקתי							
סיכום:							
ניהול כספים							
סיכום:							

מיומנויות חברתיות	הערכה ע"י הפונה	הערכה ע"י המפנה
יום קשר עם אדם אחר	כן / לא	כן / לא
מעורב בפעילויות קבוצתיות	כן / לא	כן / לא
מגיב לפניות של אחרים	כן / לא	כן / לא
יכול לקיים קשר חברותי	כן / לא	כן / לא
חברים משמעותיים	כן / לא / 1 / 2 / 3 / יותר	כן / לא / 1 / 2 / 3 / יותר
סיכום		

מיומנויות שעות הפנאי	באילו פעילויות פנאי את/ה משתתף?	באיזו תדירות את/ה משתתף בפעילויות אלו?
צופה בטלוויזיה		
הולך לקולנוע		
הולך למסעדות		
שומע מוסיקה		
עוסק בפעילויות ספורט		
משתתף בחוגים בקהילה		
יוצא לטיולים		
הולך למועדונים		
הולך לבית כנסת		
יוצא לגן ציבורי		
קורא ספרים		
אחר, פרט		
עוסק במלאכת יד בבית		
עוסק באומנות בבית		

שם ממלא/ת הטופס _____ חתימה _____

מקום עבודה _____ תפקיד _____

מספר טלפון _____ תאריך מילוי הטופס _____

טופס המלצות הפונה והמפנה והחלטת ועדת השיקום

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
מספר החלטה	תאריך שינוי החלטה	תאריך קבלת הפניה
	תאריך החלטה ראשונה	

החלטת הוועדה			נא לציין ב-X את המסגרת המומלצת ולנמק בדף הבא			
אישור לתקופה (יש לציין את תקופת האישור)	דחייה	אישור	המפנה	הפונה		
					78012	דיור לוויין
					99343	דיור מוגן רגיל
					99354	דיור מוגן מתוגבר
					99346	הוסטל רגיל
					99345	הוסטל מתוגבר
					78011	הוסטל כוללני
					78006	
					78007	
					99353	אבחון תעסוקתי
					99359	
					99352	מפעל מוגן
					78013	תעסוקה נתמכת
					99358	
					99351	מועדון תעסוקתי
					99348	מועדון צעירים
					99350	מועדון מבוגרים
					78014	שרותי סמך
					78026	חונכות
					99347	
					78019	השלמת השכלה
					78015	שירות תמיכה למשפחות
					99355	מתאם טיפול
					78009	טיפול שיניים

מפתח לציון דחייה: (1) פחות מ- 40% נכות; (2) חוסר שיתוף פעולה של הפונה; (3) שימוש בסמים ואלכוהול; (4) אי בשלות לתוכנית המומלצת.

חתימת הפונה _____
 שם האחראי למימוש התוכנית (המפנה) _____
 מספר פקס' _____
 תאריך _____
 מספר טלפון _____
 מקום עבודה _____

הערות הוועדה:

נוכחים בוועדה (הפונה, משפחה, אפוטרופוס, המפנה)

1
2
3
4

חברי הוועדה

שם	חתימה
1	
2	
3	



נימוקי המלצות המפנה / ד"ח מסכם

נימוקי המלצות הפונה

חתימת הפונה _____ תאריך _____

חתימת הגורם המפנה _____ תפקיד _____

תאריך _____

נימוקי החלטת הוועדה:

חתימת רכז השיקום _____ תאריך _____



טופס ויתור סודיות

אני הח"מ _____ בעל ת.ז. מס' _____

נותן בזאת ל- מרכז רפואי לב השרון

למסור ל- סל שיקום / ביטוח לאומי

את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובכל אופן שידרוש המבקש, על מצב בריאותי או שיקומי או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או אני חולה בה כיום, או כל מידע אחר.

אני משחרר את סל שיקום / ביטוח לאומי משמירת סודיות רפואית, וחובת ההגנה על פרטיותי בכל הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או מחלותי או מידע כאמור ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

כתב ויתור סודיות זה יהיה בתוקף שנה מיום חתימתו אלא אם כן נמסרה הודעה בכתב.

_____ תאריך
 _____ חתימה

אפוטרופוס	עד לחתימה
שם משפחה _____	שם משפחה _____
שם פרטי _____	שם פרטי _____
קירבה _____	תפקיד _____
כתובת _____	חתימה _____
מספר טלפון _____	תאריך _____
חתימה _____	
תאריך _____	

שם המסגרת המפנה _____

חותמת מסגרת המפנה _____

הערות:

1. יש לצרף את טופס ויתור סודיות להפניה לרכז השיקום.
2. לצרף צילום של מינוי אפוטרופוס.



טופס הפניה לטיפול דנטלי לזכאי סל שיקום

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

הערות לטופס:

על הגורם המפנה לדאוג למילוי טופס זה ולצרפו להפניה לועדה השיקוץ האיזורית. לאחר אישור הוועדה, אפשר להפנות את המשתקם לטיפול במרפאת שיניים (ראה רשימה מצורפת)

מצב נפשי: [] שקט [] לא שקט

שיתוף פעולה: [] כן [] לא [] חלקי

מחלות מדבקות: [] כן [] לא (נא לפרט) _____

מחלות גופניות: (סכרת, יתר לחץ דם, בעיות בקרישה) _____

אלרגיות: כן / לא (נא לפרט) _____

תרופות (שם ומינון) _____

שם הרופא _____ חתימה _____

תאריך _____ מקום עבודה _____

לכבוד

מנהל/ת המחלקה לשרותים חברתיים

מנהל מרפאת השיניים

במסגרת סל שיקום אושר טיפול דנטלי עבור:

שם: _____ שם משפחה _____ מס' ת.זהות _____

נא למלא את הטיפול "בקשה לטיפול דנטלי: זכאי סל שיקום", המפרט את תוכנית הטיפול, ולשלוח בצרוף צילומים לאגף לבריאות השן, רכז שירות דנטלי לזכאי סל שיקום, משרד הבריאות, רח' בן טבאי 2, ירושלים. אישור התוכנית יישלח למרפאה. עם גמר הטיפול, יש מלא "טופס גמר טיפול" ולשלוח לכתובת הנ"ל.

רכז שיקום מחוזי _____

כתובת _____

טלפון _____



טופס פניה לקרן שיקום לזכאי סל שיקום

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

שם המטפל (הגורם המפנה) _____
 מקום עבודה _____
 מס' טלפון _____ מס' פקס _____
 יש לצרף צילום של:

1. הסיכום הפסיכוסוציאלי מתוך הפניה לוועדת השיקום.
2. צילום תעודת הזהות של הפונה
3. צילום החלטת הוועדה

פירוט הבקשה:

חתימת המפנה _____
 תאריך _____

אישור רכז/ת שיקום אזורי/ת

הנ"ל _____ מס' ת.ז. _____, נמצא/ה זכאי/ת לסל שיקום.
 עבר/ה ועדת שיקום אזורית בתאריך _____

חתימה וחותמת רכז/ת שיקום אזורי/ת

תאריך

הערה: אישור זה אינו מתייחס לפרטי הבקשה. פירוט הבקשה ייבחן רק ע"י קרן השיקום



טופס בקשה לשירות חונך

על מנת להתאים לפונה חונך מתאים, נא למלא את הטופס ולצרפו להפניה לוועדה השיקום

שם _____

כתובת _____

ישוב _____

גיל _____

מין _____

שפה _____

תחומים שבהם הפונה זקוק לקבל עזרה ע"י חונך

- בתחום הדיור (קשר עם דיירי הבית, קשר עם ועד הבית)
 בתחום התעסוקה (השכמה בבוקר, התמדה במקום עבודה, אסרטיביות)
 בתחום חברה ופנאי (מציאות תחומי עניין אישיים, העשרה של הזמן הפנוי, רכישת השכלה כללית)
 העצמה (עזרה בנגישות למידע, הנחיה למיצוי זכויות, התחברות עם ארגוני צרכנים ואסרטיביות)
 ליווי כלכלי (עזרה באיזון וחלוקה של תקציב, ניהול חשבון בנק)
 אחר _____



טופס בקשה לשירות סומך

על מנת להתאים לפונה סומך מתאים, נא למלא את הטופס ולצרפו להפניה לוועדה השיקום

שם _____

כתובת _____

ישוב _____

גיל _____

מין _____

שפה _____

תחומים שבהם הפונה זקוק לקבל עזרה ע"י סומך

ליווי אינטנסיבי בתקופת מעבר

קניות

ניהול משק בית

היגינה אישית

היגינה סביבתית

אחר _____



מרפאת לב השרון

פניה לביטוח לאומי: מחלקת שיקום

תאריך: _____

לכבוד

מנהל/ת מחלקת השיקום

המוסד לביטוח לאומי

סניף _____

שלום רב,

הנדון: שרותי שיקום

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
---------	----------	---------------

הופנה לועדת שיקום אזורית בתחום ברה"נ.

אודה לך על העברת המידע כדלהלן עד תאריך _____ לכתובת הרשומה מטה.

בברכה,

שם המטפל _____

שם המסגרת המפנה _____

כתובת _____

עיר _____ מיקוד _____

מס' פקס _____

הערה: יש לצרף העתק של ויתור סודיות. במידה ויש אפוטרופוס, יש לצרף צילום של מינוי האפוטרופוס

הנ"ל טופל/ה ע"י מחלקת השיקום: כן לא שנה _____
במידה וטופל/ה, אודה על צירוף דו"ח קצר על התוכניות שאושרו לו/ה בעבר, תאריכי האישור וכן פרטים על טיפולכם בו.

חתימת מנהל/ת מחלקת שיקום
המוסד לביטוח לאומי



מרפאת לב-השרון

פניה למוסד לביטוח לאומי: מחלקת נכות כללית

תאריך: _____

לכבוד

רכז/ת נכות כללית

המוסד לביטוח לאומי

סניף _____

שלום רב,

הנדון: אחוז נכות נפשית

מר/גב' _____, ת.ז. _____ | הופנה/תה לוועדת שיקום
אזורית בתחום ברה"נ.

אודה לך על העברת המידע כדלהלן עד תאריך _____ לכתובת הרשומה מטה.

בברכה,

שם המטפל _____
שם המסגרת המפנה _____
כתובת _____
עיר _____ מיקוד _____
מס' פקס _____

- א. הנ"ל הגישה תביעה לקבלת קצבת נכות: כן לא שנת הגשת התביעה _____
- ב. לנ"ל אושרה קצבת נכות מתאריך _____, אחוזי הקצבה _____
- ג. סעיפי הנכות הנפשית (הקף בעיגול) 33% 34%
- ד. אחוזי נכות נפשי _____%, סעיפי נכות אחרים: _____% _____%, סה"כ אחוזי נכות _____%
- ה. לנ"ל לא אושרה קצבת נכות.

הערה: נא לצרף העתק של ויתור סודיות לבקשה. במידה ויש אפוטרופוס, לצרף צילום של מינוי האפוטרופוס.

בקשת דייר לסיוע בשכר דירה

טופס זה מיועד לאדם בדיור מוגן, בדירה בה הוא חתום על חוזה השכירות מול בעל הבית.

1. שם: _____ שם משפחה: _____ ת.ז. _____.
2. מקבל שירות דיור מוגן במסגרת עמותה/חברה/יזם: _____ - צרף אישור מנהל המסגרת.
3. כתובת הדירה: _____.
4. מספר חדרי השינה: _____.
5. האם בנוסף לחדרי השינה יש בדירה סלון? _____.
6. מספר הדיירים: _____.
7. שכר הדירה שהינך מתבקש לשלם על פי החוזה: _____ - צרף צילום החוזה.
8. סכום הסיוע המבוקש: _____, נמק: _____.

9. האם הינך מקבל סיוע ממשרד השיכון? _____.
10. אם אינך מקבל, מדוע? (פרט תהליכי הפניה למשרד השיכון, הגשת כרעורים וכל פעולה נוספת שננקטה. צרף צילום כל המסמכים הנוגעים בדבר).

11. האם מונה לך האפוטרופוס? _____ - אם כן, צרף צילום הצו וכתובתו של האפוטרופוס.
12. האם מונה לך "מקבל קצבה"? _____ - אם כן, פרט שמו וכתובתו.
13. האם יש בבעלותך רכוש כלשהו (כגון כספים בחשבונות חסכון, הכנסות מהארץ או מחו"ל, זכות בעלות [מלאה או חלקית] בדירה או בקרקע וכו')? פרט: _____.
14. פרט הכנסתך החודשים מכל המקורות (כולל קצבה) _____.

הריני מצהיר כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הם נכונים ומלאים ואני מתחייב בזאת לדווח לרכז השירות המחוזי על כל שינוי במצבי הכלכלי או בנתונים שפורטו במסמך זה.

_____ חתימת הדייר

_____ תאריך

במקרה שלדייר יש אפוטרופוס, יחתום האפוטרופוס על ההצהרה הבאה:

בקשה זו מוגשת על ידי בשם מר / גב' _____ בתוקף תפקידי כאפוטרופוס.

הריני מצהיר כי הפרטים המופיעים בטופס זה הם נכונים ומלאים למטיב ידיעתי ואני מתחייב בזאת לדווח לרכז השיקום המחוזי על כל מידע חדש שיגיע אלי בקשר למצבו הכלכלי של הנ"ל או על שינוי בנתונים שפורטו במסמך זה.

כאשר יש אפוטרופוס:

שם האפוטרופוס: _____, חתימת האפוטרופוס _____.

_____ תאריך:

_____ חתימה: