

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מספר תיק: \_\_\_\_\_

--

מחוז שיקום: \_\_\_\_\_

**בקשה להחזר הוצאות נסיעה**  
**לעבודה בהתנדבות של זכאי שיקום**

**פרטי המבקש**

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות							
מען – עיר	רחוב	בית	דירה	דרגת נכות או מעמד				נפח סמ"ק	

אבקשכם להחזיר לי הוצאות נסיעה הקשורות לעבודתי בהתנדבות לחודש: \_\_\_\_\_  
 הריני מצהיר/ה בזאת שהנסיעות בוצעו:

ברכב רפואי

בתחבורה ציבורית

ברכבי הפרטי בהתאם לאישור מיוחד של "מרכז פרויקט מתנדבים" בלשכה.

מצורפים בזאת האישורים הדרושים.

פירוט ההוצאות *			למקום	ממקום	מטרת הנסיעה	תאריך הנסיעה
מסי ק"מ ברכב פרטי	מסי ק"מ ברכב רפואי	תחבורה ציבורית				
ק"מ			ק"מ		שקל	
ק"מ			ק"מ		שקל	

\* בטור הימני יצוינו הוצאות נסיעה בתחבורה ציבורית לזכאים שאינם בעלי רכב רפואי. הטור האמצעי מיועד לזכאים בעלי רכב רפואי ובו יצוין מסי הקילומטרים לכל נסיעה. הטור השמאלי מיועד לזכאים שאינם בעלי רכב רפואי ונסעו לטיפול ברכבם הפרטי באישור מפורט של "מרכז פרויקט מתנדבים" בלשכה.

\_\_\_\_\_ : חתימה

\_\_\_\_\_ : תאריך

למילוי ע"י "מרכז פרויקט מתנדבים" בלשכה:

הריני לאשר בזאת כי התשלום נבדק ואושר בהתאם להוראה 84.07

תאריך	שם העובד	תפקיד	חתימה