



מספר תיק:

בית הדין הדתי הדרוזי ב: _____

המבקש/ים:

מבקש/ת 2	מבקש/ת 1	
		שם מלא
		תעודת זהות
		הקרבה לחסוי
		כתובת
		טלפון/פלאפון

המשיבים:

1. החסוי/ה:

מצב משפחתי	טלפון	כתובת	תעודת זהות	שם החסוי/ה

2. ב"כ היועמ"ש (היועץ המשפטי של האפוטרופוס הכללי).

בקשה למינוי אפוטרופוס לגוף - ניתוח / אחר

עפ"י חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות תשכ"ב - 1961.

כב' בית הדין הדתי הדרוזי מתבקש למנות את 1. _____, 2. _____ (להלן "המבקש/ים") כאפוטרופוס קבוע/זמני על גופו של משיב מס' 1 (להלן החסוי).

ואלה הן ביו היתר, נימוקי הבקשה:

1. החסוי/ה מאושפז/ת בבית החולים _____.
2. להערכת הרופאים המטפלים החסוי/ה זקוק/ה לניתוח / אחר _____ אך מפאת מצבו איננו/ה מסוגלת/ת לקבל החלטות לעניין פרוצדורות רפואיות.
3. החסוי/ה זקוק/ה לאפוטרופוס על גופו.
4. בהסכמת בני המשפחה, מבוקש למנות את המבקש/ים כאפוטרופוס על גופו/ה של החסוי/ה.
5. מינוי אפוטרופוס על גופו/ה של החסוי/ה יהיה לטובת החסוי/ה.
6. רצ"ב תצהיר כתמיכה לבקשה, כתבי הסכמה, תעודת רופא, דו"ח סוציאלי והעתק מתעודת הזהות של החסוי ושל המבקש.
7. מן הדין ומן הצדק להיעתר לבקשה זו.

חתימת המבקש/ת

תאריך



בית הדין הדתי הדרוזים ב

כתב הסכמה

{ טופס זה יש לצלם כמספר בני המשפחה מדרגה ראשונה ולהחתימם בפני פקיד סעד / עו"ד / מזכיר בית הדין }

מינוי אפוטרופוס ל- (החסויה) _____

בעל/ת ת.ז. מס': _____

שכתובתו/ה: _____

אני החתום מטה _____ בעלת ת.ז. _____

אשר כתובתי _____ מביע בזאת את הסכמתי

למינוי של (המבקש) _____ בעל/ת ת.ז. _____

בהיותו/ה (קרבת משפחה לחסויה) _____ כאפוטרופוס על

גופו/ה של (החסויה) _____.

_____ חתימה

הנני מאשר/ת בזאת כי החותם הנ"ל, אשר זיהיתיו באמצעות תעודת זהות, חתם בפני על ההסכמה שלעיל.

חותמת

חתימה

שם

תאריך



בית הדין הדתי הדרוזים ב

תצהיר

(להחתים בפני פקיד סעד או עו"ד או מזכיר ביה"ד בלבד)

מבקש/ת 2	מבקש/ת 1	אג"מ
		שם מלא
		תעודת זהות
		כתובת
		קרבה לחסוי

לאחר שהוזהרתי כי עלי לומר את האמת וכי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזה כדלהלן:

1. החסוי/ה: _____ בעל/ת. ת. זהות מס': _____ יליד/ת שנת: _____

2. הרכב משפחתו/ה של החסוי/ה:

מצב משפחתי: [] גרושה/ה [] רווק/ה [] אלמ/ה [] אחר: _____

מס' ילדים: _____ מס' אחים ואחיות: _____

פירוט המשפחה ממדרגה ראשונה (הורים, אחים, ילדים מעל גיל 18, בן/בת זוג):

מס'	שם מלא	קרבה לחסוי	כתובת
1.			
2.			
3.			
4.			

3. לפי הערכת הרופאים המטפלים, החסוי/ה זקוק לניתוח / אחר: _____
אך אינו מסוגל מסוגל להביע את דעתו בקשר לטיפולים רפואיים להם הוא זקוק ויש צורך למנות לו/לה אפוטרופוס לגוף.

4. אנו מוכנים להתמנות ביחד ולחוד כאפוטרופוסים על גופו/ה של החסוי/ה.

5. למיטב ידיעתי בני המשפחה המסכימים למינוי הם: _____

ובני המשפחה המתנגדים למינוי הם: _____

6. ידוע לנו כי תצהיר זה מוגש בתמיכה לבקשתנו למנותנו כאפוטרופוסים על גופו של החסוי/ה.

חתימת מבקש מס' 2

חתימת מבקש מס' 1

תאריך

אני הח"מ

תפקיד (פקיד סעד / עו"ד / מזכיר ביה"ד בלבד)

שם משפחה

שם פרטי

מאשר בזה כי ביום _____ הופיע/ה בפני מר/גב' _____ שזיהיתיו/ה לפי תעודת זהות מס' _____ ומר/גב' _____ ת.ז. _____ לאחר שהוזהרתי/ה כי עליו/ה להצהיר את האמת וכי ת/יהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק, אם לא ת/יעשה כן, הצהיר/ה על נכונות דלעיל וחתמ/ה עליה בפני.

חותמת המאשר

חתימת המאשר

תאריך



בית הדין הדתי הדרוזים ב

תעודת רופא

שם הרופא/ה _____ מספר רישיון/ה _____
 מעונו/ה ומקום עבודתו/ה _____
 אני הח"מ מעיד/ה ומאשר/ת כי ביום _____ במקום _____
 בדקתי את _____ תעודת זהות _____
 ומצאתי בו/ה את הממצאים הבאים :

האם מסוגלת להביע דעתו/ה בעניין מינוי אפוטרופוס: כן לא
 האם מסוגלת להופיע בבית הדין הדרוזי: כן לא
 תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראייה לבית המשפט והריני מצהיר/ה בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין
 הוראות החוק הפלילי בדבר עדות בשבועה בבית הדין / משפט, דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות
 בשבועה שנתתי בבית הדין.

 חתימה

 תאריך