



תאריך: _____

בקשה לקבלת סיוע

מתקציב סיוע (משרד) / מקרן אפוטרופוס על שם (ימולא על ידי המשרד):

המחלקה לשירותים חברתיים המטפלת בפנייה: _____

שם הרשות המקומית (עיר, מועצה מקומית, מועצה אזורית): _____

סמל רשות

(במצב בו המחלקה היא אזורית ברשות גדולה,

חובה לנקוב בסמל רשות אשר מציין מחלקה מסוימת בשכונה): _____

מחוז במשרד הרווחה: _____

כתובת מדויקת למשלוח דואר (כולל מיקוד): _____



פרק א: פרטי המטופל הנזקק עבורו מבוקש הסיוע

מטרת הסיוע המבוקש:

עלות ההוצאה:

סכום המענק המבוקש:

שם משפחה:

שם פרטי:

תאריך לידה:

מספר תעודת זהות:
(תשע ספרות)

ארץ לידה:

תאריך עלייה:

כתובת (רחוב, מספר):

עיר מגורים:

מצב משפחתי:

תעסוקה:

הזיקה לבקשה לסיוע (יש לסמן V באפשרות המתאימה):

הנזקק עבורו הבקשה	הורה לנזקק	אחר (פרט)

במקרה שהנזקק הוא ילד, או אדם מבוגר עם מגבלה המונעת ממנו לקבל את המענק ישירות, יש לציין את פרטי המבוגר האחראי (המוטב) ששמו יצוין על גבי "ההודעה לקבלת תשלום" להלן:

שם מלא:

גיל:

מספר תעודת זהות מלא (תשע ספרות):

פרק ב: פרטי העובד הסוציאלי מגיש הבקשה

שם מלא:

דואר אלקטרוני:

טלפונים לגישה ישירה למטרת בירורים במחלקה לשירותים חברתיים:

טלפון נייד:

פקס במשרד:



פרק ג: דו"ח סוציאלי

מבנה המשפחה:

- אם יש ילדים נוספים במשפחה, ניתן להגדיל את הטבלה בקובץ הממוחשב;
- אם אחד מבני המשפחה נפטר יש להוסיף ז"ל;
- לגבי הנזקק עבורו מבוקש הסיוע, יש להדגיש את שמו בצורה בולטת בטבלה.

תעסוקה	מגורים בבית הנזקק: (לא/כן)	מצב משפחתי	שנת לידה	שם מלא	בן משפחה
					אב
					אם
					ילד 1
					ילד 2
					ילד 3
					ילד 4
					ילד 5

מצורפים המסמכים הבאים (יש לסמן ב-V):
ללא קבלת כל המסמכים הנדרשים, תוחזר הבקשה.

מצורף	שם המסמך
	דו"ח סוציאלי מפורט במסמך נפרד, הכולל התייחסות למצב הנזקקות הכלכלית, מקורות מימון נוספים ככל שקיימים, פירוט נסיבות מיוחדות ככל שישנן. פירוט הצורך בסיוע המבוקש תוך התמקדות בקשר בין התכנית הטיפולית לבין הסיוע המבוקש. וכן דיווח על ביקור בית ותאריך הביקור (חובה).
	צילום ת.ז. + ספח (חובה)
	טופס ט"ז 8 עדכני לשנת הבקשה (טופס חישוב והחלטה מהרשות המקומית – חובה)
	הצעת מחיר או חשבונית מס מקור או קבלה מקור (חובה)
	לסיוע לטיפול שיניים - צילומי שיניים רלוונטיים, טופס בקשה לריפוי דנטלי/יישור שיניים וכל מסמך נוסף שיידרש על ידי משרד הבריאות. באם הצעת המחיר של טיפול השיניים גבוהה מ- 10,000 ש"ח, חובה לצרף מסמך הסבר כיצד אתם מתכוונים לממן את עלות הטיפול.
	במקרה של החלפת מכשיר חשמל - אישור כי המוצר הקיים אינו תקין או אינו ניתן לתיקון.
	במקרה של שריפה - אישור כבאות.
	כל מסמך נוסף הרלוונטי לבקשה ולצורך הסיוע המבוקש



סיכום מצב הנזקקות:

יש להתמקד בקשר בין התוכנית הטיפולית לבין הסיוע המבוקש.

תאריך בו נערך ביקור בית והתרשמות מהביקור:



פרק ד: מהות הסיוע המבוקש

(חובה למלא את כל הפרטים)

1. כיצד **ישתלב** הסיוע המבוקש בתכנית הטיפולית של הנזקק:

2. האם הנזקק קיבל בעבר סיוע מקרנות המשרד, באילו שנים ובאילו סכומים, פרט:

3. האם המחלקה לשירותים חברתיים משתתפת בסיוע במימון הבקשה? (יש לסמן V)

לא	כן
----	----

• אם כן, _____ בכמה?

• אם לא – מדוע? (יש לסמן V במקום המתאים)

לא בעדיפות	לא זכאי/זכאית על פי הוראות תקנון עבודה סוציאלית	חוסר תקציב	אחר (פרט)

4. האם נעשתה פנייה לגורמים נוספים למימון הבקשה?

• אם כן, _____ למי?

מהו הסכום שאושר?

• אם לא נעשתה פנייה, מדוע?

בקשה המוגשת לפני רכישה – יש לחתום על ההתחייבות המצורפת (הבקשה תוחזר ללא מסמך זה)



פרק ה: אימות נתונים

אנו החתומים מטה, מאשרים את הפרטים להלן:

העובד הסוציאלי המטפל

חתימה

שם מלא

מנהל המחלקה לשירותים חברתיים

חתימה

שם מלא

- לתשומת לבכם/לבכן: הבקשה תוחזר אם תחסר חתימה
- טופס זה נכתב בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד, אך מיועד לנשים וגברים כאחד

תאריך:



לכבוד

מרכזת ועדת סיוע ליחידים ולמשפחות

משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים

רחוב ירמיהו 39, מגדלי הבירה

ירושלים

שלום רב,

הנדון: התחייבות:

1. למסור את המענק לאחר הצגת קבלות מקור או;

2. ללוות את הפונה בעת התשלום לספק השירות.

אני _____ החתום/החתומה מטה עובד סוציאלי/עובדת
סוציאלית המטפל/המטפלת בעניינינו/בענייניה של:

שם מלא:

תעודת זהות:

מתחייב/ת בזה כי נפעל באחת מהדרכים הבאות:

1. ככל האפשר, ניתן את הסיוע לפונה רק לאחר שיגיש לנו קבלות מקור על המוצר / שירות שאושר.
2. באם הדבר אינו אפשרי, נלווה את הפונה בפדיית המענק וברכישת המוצר / השירות שאושר לצורך קבלת קבלות המקור ונשמור את הקבלות.
3. בנסיבות מיוחדות שיירשמו בתיק הלקוח, ואם אופציה 1 או 2 אינה אפשרית – יינתן השובר ללקוח ובאחריותי לוודא שבתוך חודש אקבל מהלקוח קבלות / חשבוניות מס במקור.

את קבלות המקור נשמור בתיק האישי או בתיק המיועד לכך.

תאריך

חתימה

שם העובד הסוציאלי



כתב התחייבות

לכבוד
המחלקה לוועדות ערר וסיוע ליחידים ומשפחות
משרד העבודה והרווחה והשירותים החברתיים
רחוב ירמיהו 39
ת.ד. 1260
ירושלים

שלום רב,

הנדון: בקשה לאישור סיוע ל (שם מלא)

הריני מתחייב/מתחייבת בזה כי ככל שוועדת הסיוע תאשר לי סיוע, אשתמש בכל הסכום שהתקבל למטרה שלשמה ניתן לי, ואמציא **למחלקה לשירותים חברתיים קבלות / חשבוניות מס במקור** על ההוצאות, או בטרם קבלת השובר או מיד עם הקנייה ולא יאוחר מחודש ימים מיום הרכישה.

ידוע לי כי אם בתוך התקופה האמורה לא אשתמש בסכום המענק למטרה שלשמה ניתן, ולא אמציא את **הקבלות / חשבוניות מס במקור** על ההוצאות - אהיה חייב להחזיר למחלקה לשירותים חברתיים את כל סכום הסיוע.

תאריך	שם מלא של מבקש המענק	תעודת זהות	חתימה
-------	----------------------	------------	-------

אני העו"ס מאשר/מאשרת בזאת כי מר/גברת

חתם/חתמה לפני על כתב ההתחייבות וככל שיאושר ויועבר הסיוע, באחריותי לקבל ממנו/ממנה **קבלות / חשבוניות מס במקור** ולתייקם בתיק האישי שלו/שלה או בתיק המיועד לכך במחלקה לשירותים חברתיים.

כמו כן, אני מאשר/מאשרת כי אבדוק ואוודא שהסיוע המתקבל מכלל הגורמים למטרה שלעיל אינו עולה על ההוצאה הנדרשת.

תאריך	שם הרשות	שם העו"ס המטפל/מטפל	חתימה וחותמת של העו"ס
-------	----------	---------------------	-----------------------