



מיועד  
לתמונת  
הפונה

## בקשה לקבלת שירותי תמיכה לתקשורת

### א. פרטים אישיים של הפונה

(ימולא רק על ידי העובד הסוציאלי במחלקה לשירותים חברתיים)

שם \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_  
שנת עליה \_\_\_\_\_  
רחוב \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ יישוב \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_  
טלפון \_\_\_\_\_ פקס \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_  
דואר \_\_\_\_\_  
אלקטרוני \_\_\_\_\_

### ב. הצהרת הפונה

(יש לסמן בעמודה המתאימה)

הצהרה	כן	לא	הוראות להשלמת מידע	השלמת מידע
אני לקוי/ת שמיעה מלידה או שלייתי השמיעה שלי התרחש עד היותי בן/בת שלוש שנים			במקרה שהתשובה היא "לא", יש לציין בעמודה הבאה את הגיל בו התרחש הליקוי	
אני מוכר/ת כלקוי/ת שמיעה על ידי משרד הביטחון				
אני בעל תעודת עיוור			במקרה שהתשובה היא "כן", יש לציין בעמודה הבאה את מספר התעודה	

### אני מבקש/ת להכיר בזכאותי לקבלת שירותי תמיכה לתקשורת.

הנני מצהיר/ה שכל הפרטים שנמסרו לעיל נכונים ומתחייב/ת להודיעכם על שינוי בפרטים שמסרתי תוך 10 ימים מהשינוי.  
ידוע לי שאם מסרתי פרטים כוזבים אני צפוי/ה לעונשים ולביטול תשלום דמי התקשורת וסל התקשורת.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הפונה \_\_\_\_\_





**ג. פרטי העובד/ת הסוציאלי/ת**

הנני מצהיר/ה כי הנ"ל חתם על הצהרה זו בפני לאחר שהוסברה לו משמעותה.

שם העו"ס המטפל \_\_\_\_\_ חותמת המחלקה לשירותים חברתיים \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ הרשות המקומית \_\_\_\_\_

סמל הרשות המקומית \_\_\_\_\_ מחוז \_\_\_\_\_

**ד. צירוף מסמכים**

**לטופס זה יש לצרף את האישורים להלן :**

1. אודיאוגרמה מלאה ממכון אודיאולוגי בחתימת קלינאית/ת תקשורת ומספר הכרה במעמד מטעם משרד הבריאות.
2. אישור מהמוסד לבטוח לאומי (במידה וקיים) על כך שהפונה מוכר/ת כלקוית/ת שמיעה ומאיזה תאריך מוכר/ת.

**הערה**

בעת מילוי הטפסים, יש להביא למחלקה לשירותים חברתיים תעודת זהות של הפונה לצורך זיהוי וכן תמונת פספורט אחת של הפונה. התמונה תוצמד לטופס זה במקום המיועד לכך!

**אזהרה**

טופס זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות - המוסרו שלא כדין עובר עבירה.





**בקשה לקבלת שירותי תמיכה לתקשורת**  
(חלק זה ימולא על ידי רופא/ת א.א.ג. בהתאם לפקודת הרופאים 1976)

שם הנבדק: \_\_\_\_\_ מספר זהות: \_\_\_\_\_

**בדיקה רפואית**

**1. ממצאי בדיקה אוטוסקופית:**

אוזן ימין: \_\_\_\_\_  
אוזן שמאל: \_\_\_\_\_

השלמת מידע	הוראות להשלמת מידע	לא	כן	שאלה
	במקרה שהתשובה היא "כן", יש לציין בעמודה הבאה באיזה אוזן (ימין/שמאל)			האם סובל/ת מדלקות אוזניים חוזרות או נוזלים באוזנים
	במקרה שהתשובה היא "כן", יש לציין בעמודה הבאה את גיל ההשתלה			האם עבר/ה ניתוח שתל קוכלארי

**2. סיבת הלקוי השמיעתי:**

השלמת מידע	הוראות להשלמת מידע	לא	כן	סיבת הליקוי
	במקרה שהתשובה היא "לא" יש לציין בעמודה הבאה את גיל ההתחרשות			מלידה
	במקרה שהתשובה היא "כן", יש לפרט			מחלה
	במקרה שהתשובה היא "כן", יש לפרט			אחר

במקרה של התחרשות, מהו גיל ההתחרשות המשוער? שנים: \_\_\_\_\_ חודשים: \_\_\_\_\_  
הערות: \_\_\_\_\_

**סיבת הליקוי השמיעתי נקבעה על פי:**

לא	כן	סיבת הליקוי נקבעה על פי
		אנמנזה
		תיעוד רפואי
		הכרת הפונה

**חתימה**

האדם נבדק על-ידי, זוהה באמצעות תעודת זהות ותמונתו תואמת את זהותו.

שם הרופא: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_  
תאריך הבדיקה: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_





## טופס נלווה לבדיקת שמיעה

טופס זה ימולא על ידי האודיאולוג/אודיאולוגית הבודק/ת בלבד ויצורף לטופס האודיאוגרמה.

שם הנבדק: \_\_\_\_\_ מספר זהות: \_\_\_\_\_

### א. אנמנזה

שאלה	כן	לא	הוראות להשלמת מידע	השלמת מידע
הנבדק/ת לקוי/ת שמיעה מלידה			במקרה שהתשובה היא "לא", יש לציין בעמודה הבאה באיזה גיל התגלתה הירידה בשמיעה	
האם משתמש/ת במכשירי שמיעה (כולל שתל שבלול)			במקרה שהתשובה היא "כן", יש לציין בעמודה הבאה האם באוזן ימין/שמאל/בשתי האוזניים	
האם עוד מישו במשפחה סובל מלקוי שמיעה			במקרה שהתשובה היא "כן", יש לפרט בעמודה הבאה	

### ב. פרטים בנוגע לשפה השימושית של הנבדק

יש למלא לאחר ביצוע בדיקת השמיעה.

יש לסמן את המשפטים המשקפים בצורה הקרובה ביותר את המציאות (ניתן לסמן יותר ממשפט אחד)

### אם הנבדק/ת הנבדקת משתמש/ת משתמשת בשפה ורבלית:

לא	כן	האם הנבדק מובן, בשימוש בשפה ורבלית
		ניתן להבינו/ה בקלות
		מובן/ת חלקית
		מובן/ת בקושי

### הנבדק/ת משתמש/ת:

לא	כן	הנבדק/ת משתמש/ת:
		בשפה ורבלית
		בשפת הסימנים
		בשילוב שפת סימנים ושפה ורבלית
		בקריאת דבור
		נזקק/ת לתרגום לשפת הסימנים

### ג. תוצאות הבדיקה

תוצאות הבדיקה (למיטב הבנתי המקצועית): יש לסמן במקום המתאים

מהימנות	אינן מהימנות - נעשה ניסיון מצד הנבדק/ת להטות את תוצאות הבדיקה

הערות: \_\_\_\_\_

שם הקלינאי/ת: \_\_\_\_\_ חותמת ומספר רישיון: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך הבדיקה: \_\_\_\_\_

