



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 לקויה/ת שמיעה מלידה או שליקויה השמיעה שלי התרחש עד היותי בן/בת שלוש שנים			במקרה שהתשובה היא "לא", יש לציין בעמודה הבאה את הגיל בו התרחש הליקויה	
אני מוכרת/ת כלקויה/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: _____

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

2. סיבת הלקוי השמיעתי:

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

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

סיבת הליקוי השמיעתי נקבעה על פי:

סיבת הליקוי נקבעה על פי	כן	לא
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: _____

