



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף הייעוץ לאזרח הוותיק ומשפחתו

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	<table border="1"> <tr> <td colspan="10">מס' זהות / דרכון</td> </tr> <tr> <td colspan="2">סוג</td> <td colspan="2">דפים</td> <td colspan="2">המסמך</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	מס' זהות / דרכון										סוג		דפים		המסמך					
מס' זהות / דרכון																					
סוג		דפים		המסמך																	

סניף _____

בקשת הפניית מתנדב לביקור חברתי קבוע אצל אזרח ותיק

1 פרטי מפנה הבקשה לביקור

א. האזרח הוותיק עצמו קרוב משפחה – מידת הקרבה _____
 חבר מתנדב אחר _____

שם _____ טלפון _____ טל' נייד _____
 כתובת _____

ב. שרות קהילתי _____ שם המפנה ותפקידו _____
 שם השרות _____ כתובת השרות _____
 טלפון _____ טל' נייד _____

2 פרטי האזרח הוותיק

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה שנה חודש יום	מספר זהות ס"ב
ארץ מוצא	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	תאריך עליה שנה חודש יום	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> פרוד <input type="checkbox"/> ידוע בציבור <input type="checkbox"/> עגונה
שפת דיבור	מקצוע	דתי <input type="checkbox"/> לא דתי <input type="checkbox"/>	
כתובת			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
			קומה
			מעלית <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני _____@_____	
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל			
מגורים			
<input type="checkbox"/> גר לבד <input type="checkbox"/> גר עם בן/בת זוג <input type="checkbox"/> גר עם המשפחה <input type="checkbox"/> אחר _____			

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

פרטים נוספים

קשר עם בני משפחה ואחרים _____

תחומי עניין _____

מצב כלכלי (הכנסות, ביטוח לאומי, פנסיה ועוד) _____

מקבל השלמת הכנסה לא כן

מצב בריאותי וכושר תפקודי

מוגבלות – פרט _____

כושר תפקוד ביתי _____

מקבל גמלת סיעוד לא כן

מבקר במרכז יום לא כן

חבר קופ"ח _____ סניף _____ רופא מטפל _____

שרותי קהילה המטפלים באזרח הוותיק

סוג השירות הניתן	השרות

הסיבה לבקשה להפניית מתנדב וסוג העזרה המצופה

הערות

שם _____ חתימה **x** _____ תאריך _____