

חובה למלא את השדות המסומנים ב*.	
תאריך	
מספר תיק	
מחוז מטפל	

אל: משרד הביטחון - אגף משפחות, הנצחה ומורשת

הנדון: בקשה לשירותי חונכות וויתור על סודיות

פרטי המבקש

שם משפחה *	שם פרטי *	מספר תעודת זהות *
------------	-----------	-------------------

אבקש לאשר לי מימון חונכות לבני / ביתי

שם משפחה *	שם פרטי *	מספר תעודת זהות *
מספר תיק	תאריך לידה *	טלפון *
רחוב *	מס' בית *	יישוב *
		מיקוד

הצהרה

- הריני פונה בבקשה לממש זכאות בני/בתי לשירותי חונכות באמצעות אגף משפחות, הנצחה ומורשת.
- הנני מאשר/ת מסירת פרטים והעברת מידע ע"י עובדי אגף משפחות, הנצחה ומורשת לעובדי החברה המספקת שירותי חונכות, ולחונכים בהתאם לויתור סודיות הבא:
- אני הח"מ מסכים/ה ונותן/ת בזאת רשות למשרד הביטחון - אגף משפחות, הנצחה ומורשת ו/או לכל אדם/גוף אחר הפועל מטעם משרד הביטחון - אגף משפחות, הנצחה ומורשת למסור אודות בני/בתי כל מידע או מסמך לגורם "מבקש המידע" על מצבו הסוציאלי, השיקומי, הנפשי והרפואי.
- אני מתיר/ה בזה למשרד הביטחון - אגף משפחות, הנצחה ומורשת ו/או לכל עובד מעובדיו למסור למבקש המידע כל מסמך, תעודה, הערכה, דו"ח או חוות דעת המצויים ברשות משרד הביטחון - אגף משפחות, הנצחה ומורשת והנוגעים למצב הסוציאלי, השיקומי, הנפשי והבריאותי של בני/בתי ושל בני המשפחה הנוספים.
- לא תהיינה לי החתום מטה כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת המידע כאמור.



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

שם הגורם "מבקש המידע"	שם מלא של החתום מטה
-----------------------	---------------------

הריני מאשר/ת חתימת המסמך באופן דיגיטלי

תאריך _____

חתימת המבקש
(במקרים בהם הטופס מוגש ידני)