



הפניה לוועדת שיקום אזורית

להלן הנחיות להפניה לוועדת שיקום. יש להקפיד על קריאת ומלוי כל ההנחיות.

ההפניה תכלול את הטפסים הבאים:

- ❖ פרטים אישיים (עמוד 2)
- ❖ דו"ח רפואי, ימולא ע"י הפסיכיאטר המטפל. נא לצרף סיכום מחלה. (עמוד 3-5)
- ❖ דו"ח סיעודי, לפניות מאשפוז (עמוד 6-7)
- ❖ סיכום פסיכוסוציאלי, ימולא ע"י הגורם המטפל. (עמוד 8-10)
- ❖ הערכה תיפקודית. רצוי לצרף אבחונים רלוונטיים. (עמוד 11-12)
- ❖ סיכום ונימוק המלצות הפונה והגורם המפנה. (עמוד 13-14)
- ❖ דיווח ממחלקת השיקום של הביטוח הלאומי (עמוד 20, ממולא וחתום ע"י המוסד לביטוח לאומי)
- ❖ דיווח קביעת נכות, אחוזי נכות וסעיפי הנכות (עמוד 21, ממולא וחתום ע"י המוסד לביטוח לאומי)
- ❖ טופס ויתור סודיות חתום. (עמוד 15)

נספחים

- ❖ בקשה לטיפול דנטלי (עמוד 16)
- ❖ בקשה לקרן שיקום (עמוד 17)
- ❖ טופס בקשה לחונך או סומך (עמוד 18-19)
- ❖ טופס בקשה לסיוע בשכ"ד (עמוד 22)

יש לצרף

- ❖ יש לצרף כל מסמך המאפשר הכרות נוספת את הפונה כגון: דו"ח מלשכות רווחה, או ממסגרות שיקומיות בעבר ובהווה.
- ❖ להפניה לדיוור: אישור זכאות לסיוע בשכ"ד מטעם משרד השיכון, או התחיבות לתשלום שכ"ד ממקורות אחרים. במידה ועדין אין אישור, יש לצרף צלום של בקשה למשרד השיכון.

לתשומת לבכם

- ❖ יש למלא את כל הסעיפים בטפסים. הפניה לא מלאה או לא ברורה לא תובא לדיון לוועדת שיקום, עד השלמת הטפסים.
- ❖ על הפונה לצרף לפניה צילום תעודת הזהות. ללא צילום ת.ז. הפניה לא תובא לדיון.
- ❖ יש לצרף להפניה צילום של מנוי אפוטרופוסות. (כאשר יש אפוטרופוס)
- ❖ את עמודים 17-18 יש לשלוח למוסד לביטוח לאומי. את הטפסים המלאים יש לצרף בעת הגשת הפניה.
- ❖ לוועדת שיקום תוזמן גם משפחת הפונה (חוץ מבמקרה שהוא מתנגד).
- ❖ הצרכים הדנטלים של פונים לוועדות שיקום מתוך אשפוז ממושך של יותר משנתיים הם באחריות של המרכז לבריאות הנפש הפונה, ואינם זכאים לשירות זה דרך סל שיקום.

על הגורם המפנה לשמור העתק של ההפניה, כולל כל הטפסים.



פניה לועדת שיקום אזורית

פרטים אישיים

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
---------	----------	-----------

שם האב	גיל	שם האם	גיל	מספר	רחוב
מקצוע	מקצוע	מיקוד	טלפון	ישוב	

זכאות לסיוע משרד השיכון	שנת לידה	מין
כן / לא	שנת עליה	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
סיבה להעדר אישור זכאות		ארץ לידה

שירות צבאי 1 מלא - מתאריך _____ 2 חלקי _____ מס' חודשים _____ 3 מילואים כיום? כן / לא 4 לא רלוונטי	השכלה (סמן את כל האפשרויות) 1 יסודית 2 תיכונית 3 על תיכונית (לא אקדמאית) 4 אקדמאית 5 קורס מקצועי 6 ישיבה 7 חסר השכלה סה"כ שנות לימוד _____	ילדים מתחת לגיל 18 _____ מעל גיל 18 _____ סה"כ _____	מצב משפחתי 10 רווק 20 נשוי 21 נשוי/נפרד 30 גרוש 40 אלמן 99 לא ידוע	מגורים נוכחיים 1 עצמאי / לבד 2 עם משפחה 3 עם בן/בת זוג 4 דיור לווין 5 דיור מוגן רגיל 6 ד. מוגן מתוגבר 7 הוסטל רגיל 8 הוסטל מתוגבר 9 הוסטל לצעירים 10 הוסטל כוללני 11 אשפוז 12 חסר דיור
---	---	--	---	---

אפטרופוס 1 אין 2 קטין 3 לגופו 4 לרכושו 5 לגופו ורכושו 6 בתהליך מינוי	מקבל הקצבה / אפטרופוס שם _____ כתובת _____ טלפון _____ סוג קירבה _____	הכנסות הפונה סה"כ הכנסת הפונה לחודש (נטו) _____ מקורות פרנסה אחרים _____ נכסים בבעלות הפונה _____ קצבת שר"מ _____ %	הופנה למחלקת שיקום בבטי"ל כן / לא תאריך הפניה _____ / _____ / _____ פנה לקבלת שר"מ? כן / לא תאריך הפניה _____ / _____ / _____	ביטוח לאומי תאריך קביעת נכות _____ / _____ / _____ % נכות לפי סעיף 33 _____ % נכות לפי סעיף 34 _____ סה"כ % נכות נפשית _____
---	---	--	--	---

חברות בקופ"ח 1 כללית 2 לאומית 3 מכבי 4 מאוחדת 5 שילוח 6 צה"ל 7 אחר 8 אין ביטוח 9 לא ידוע	בזמן הפניה לועדת שיקום מחוזית הפונה: (סמן בעיגול) מאושפז _____ בקהילה (כולל אשפוז יום) _____ שם וסוג היחידה המפנה _____ סמל היחידה המפנה _____
שם ממלא הטופס _____ מקום עבודה _____ מספר טלפון _____	תפקיד _____ מס' פקס _____ תאריך מילוי הטופס _____



שם פרטי

שם משפחה

מספר זהות

למילוי ע"י הפסיכיאטר המטפל. יש לצרף גם סיכום מחלה.

1. תולדות המחלה

Blank lines for medical history.

2. אבחנה (במלים לטיניות ומס' לפי ICD - 10)

Blank boxes for ICD-10 diagnosis code.

3. אשפוזים : (אשפוז מלא)

❖ סה"כ מספר אשפוזים _____

❖ תאריך אשפוז ראשון _____ משך האשפוז _____ בית חולים _____

❖ תאריך אשפוז אחרון _____ משך האשפוז _____ בית חולים _____

❖ אורך האשפוז הנוכחי במידה והפונה מאושפז בזמן הפניה _____

- א4. האם המטופל היה מאושפז באשפוז הנוכחי **בצו אשפוז** ?
- ב4. האם המטופל היה מאושפז באשפוז הנוכחי **בהוראת אשפוז** ?
- ג4. האם המטופל היה מאושפז בעבר **בצו אשפוז** ?
- ד4. האם המטופל היה מאושפז בעבר **בהוראת אשפוז** ?
- ה4. האם המטופל שהה במחלקה סגורה בשנתיים האחרונות ?

אם התשובה חיובית באחת או יותר מהאפשרויות, יש לפרט סיבות האשפוז הכפוי, מספר האשפוזים הכפויים, ומשך זמן האשפוזים הכפויים.

Blank lines for details of involuntary hospitalizations.

5. שם המסגרת הנוכחית לטיפול ולמעקב תרופתי

6. א הרכב התרופות הפסיכיאטריות שהפונה מקבל, נכון לתאריך כתיבת דו"ח זה.

Blank lines for current psychiatric medication.



ב6. האם ידוע לך על בעיות מיוחדות בקשר לטיפול תרופתי, תופעות לוואי, רגישות בעבר, או בזמן שהפונה בטיפולך ?

ג6. האם הפונה עצמאי בלקיחת תרופות ?

הולך לבדו לקבל מרשם	כן	לא
נוטל תרופות באופן סדיר בלי תזכורת	כן	לא
האם הפונה צריך השגחה בנטילת תרופות	כן	לא
האם הפונה מכיר את התרופות שהוא לוקח	כן	לא

ד6. האם קיימת התמכרות לתרופות ?

7. האם הפונה מגיע באופן סדיר לפגישות המעקב ? באיזו תדירות ? באיזו מידה משתף פעולה ?

8. א. האם ידוע לך על שימוש בסמים או אלכוהול ?

ב. אם כן, אילו סמים ?

ג. תדירות השימוש ?

ד. כמות ?

ה. מתי הפונה השתמש בסמים או אלכוהול לאחרונה ?

ו. האם היו נסיונות לגמילה

9. האם בחצי השנה האחרונה היו התפרצויות של אלימות פיזית או מילולית ? אם כן נא לפרט

10. האם היו ניסיונות אובדניים בעבר ? אם כן, מתי, ובאיזה אופן ?



11. האם ידוע לך על מחשבות אובדניות

12. מהם הסימנים המקדימים להידרדרות במצב הנפשי?

13. האם יש תופעות גרסיביות והתנהגויות חריגות אופייניות ?

14. האם הפונה סובל ממחלות גופניות, מדבקות או אחרות (כינמת, היפטיטיס A,B,C, סקאביאס, AIDS, שחפת פעילה, מחלות מין) וזקוק לטיפולים/תרופות ? פרט. נא לצרף כל סיכום מחלה ו/או בדיקות רלוונטיות למצב הפיזי של הפונה. כמו כן פרט אם יש מסגרות רפואיות אחרות שהפונה מטופל בהן .

15. סטאטוס פסיכיאטרי נוכחי :



שם הרופא:	חתימה + חותמת
מקום עבודה	
מספר טלפון	תאריך מילוי הטופס

דו"ח סיעודי

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
---------	----------	-----------

דו"ח סיעודי ימולא רק במידה והפונה נמצא במסגרת אשפוז בזמן ההפניה

ניידות

- הולך חופשי ללא סיוע מכשירים או אדם
- נע בעזרת מכשיר (מקלה/ליכון/כסא גלגלים)

הלבשה

- עצמאית
- זקוק לסיוע קל (הנעלה, כיפתור)
- זקוק לסיוע, או דרבון, או עזרה מלאה בהחלפה ובחירה של לבוש נקי ותואם

אכילה

- עצמאית
- באופן אסתטי
- רגיל לאכול בכל ארוחה?
- הרגלי אכילה מיוחדים?
- פרט

רחצה

- עצמאית
- זקוק לעזרה חלקית, דרבון והדרכה בביצוע, כולל גילוח או חפיפה
- תלות מלאה ברחצה; זקוק לעזרה פיזית ונוכחות ברחצה

שליטה על סוגרים

- מלאה
- חלקית; שלפוחית מעיים
- ללא שליטה

קשר עם הסביבה

- מדבר/ת רגיל
- דובר עברית כן לא אם לא איזו שפה מדבר ו/או מבין
- אינו מדבר בצורה שוטפת
- אינו מדבר בצורה ברורה



פניה לוועדת שיקום אזורית

יוזם קשר עם מטופלים אחרים

הפונה נעזר בצוות פרט

האם הפונה משתתף בקבוצות במחלקה ? פרט

ראיה

תקינה

זקוק למשקפים

סיבות הגורמות לליקוי כלשהו בראיה (גלוקומה, עיוורון מסכרת וכו)

שמיעה

תקינה

חרש

כבד שמיעה

משתמש במכשיר שמיעה

התמצאות

התמצאות טובה בזמן ובמקום

התמצאות חלקית, פרט _____

חוסר התמצאות, פרט _____

חוסר שיפוט הדורש השגחה או נוכחות של צוות מטפל 24 שעות ביום

צורך בדרבון והשגחה לביצוע פעילויות חיוניות בבית כמו: ניקיון, ניהול כספים ותקציב, שמירה על היגיינה,

הכנת מזון ושימוש במכשירי חשמל ביתיים?

פרט _____

שינה

האם יש בעיות שינה ?

כיצד הפונה נוהג לקום בבוקר? פרט

תעסוקה פנאי

האם הפונה משתתף בפעילויות עד הצהריים?

האם הפונה משתתף בפעילויות אח"ה?

האם הפונה משתתף בפעילויות לאורך כל היום?



פניה לועדת שיקום אזורית

שם ממלא/ת הטופס	חתימה
מקום עבודה	תפקיד
מספר טלפון	תאריך מילוי הטופס



סיכום פסיכוסוציאלי

שם פרטי

שם משפחה

מספר זהות

סיבות ההפניה לסל שיקום

רקע משפחתי בן/בת זוג, ילדים, הורים, אחים ואחיות, מיקום במשפחה, טיב הקשר בין הפונה למשפחתו

היסטוריה התפתחותית

שימוש בסמים ואלכוהול (בהווה ובעבר)

פרט במה משתמש?

תדירות השימוש?

מתי השתמש בפעם אחרונה בסמים או באלכוהול?

כמות?

ניסיונות לגמילה?



ניסיון קודם בשירותי שיקום :

אילו מסגרות ; מתי , מה הסיבה לסיום התקשרות עם אותן מסגרות (נא לצרף דוחות רלוונטים)

היסטוריה תעסוקתית : משך תקופות העבודה, , הרגלי עבודה, יחס לעבודה, התנהגות בין אישית

כיצד הפונה מבלה את שעות הפנאי ?

באיזו מידה קיימת מוטיבציה לשיקום ?

כיצד מתבטאת מוטיבציית הפונה לשיקום ?

העדפות מיוחדות של הפונה.

מידת השתתפות הפונה בהכנת ההפניה

באיזו מידה שותפה המשפחה בתוכנית השיקומית ומה עמדתה לגבי ההפניה ? (תומכת, מתנגדת, לא מעורבת, אין משפחה)



האם קיימים גורמי תמיכה נוספים למשפחה?

מה הם המשאבים הכספיים העומדים לרשות הפונה? (נכסים, כספים, הכנסה חודשית, ניירות ערך וכו')

מידת הקשר בין הפונה לכותב/ת הסיכום הפסיכוסוציאלי (מטפל עיקרי; זמן ההכרות; תכיפות הקשר)

נא להוסיף פרטים רלוונטים נוספים.

שם ממלא הטופס	חתימה
מקום עבודה	תפקיד
מספר טלפון	תאריך מילוי הטופס



הערכה תפקודית

הערה : ההערכה התפקודית תתבסס על היכולת של הפונה בתקופה בה מולא הטופס

מפתח לציון ההערכה :
 1 עצמאי בביצוע הפעולה
 2 זקוק לעידוד לביצוע הפעולה, אך יש לו הידע לבצע
 3 זקוק להדרכה לבצע את הפעולה
 4 מוגבל בביצוע הפעולה

הערכה ע"י המפנה				הערכה ע"י הפונה				
4	3	2	1	4	3	2	1	
היגיינה אישית								
								דואג ללבוש נקי
								דואג ללבוש הולם
								רחצה /היגיינה אישית
								דואג לטיפוח עצמי
סיכום :								
משק בית								
								עורך קניות
								מכין ארוחות
								דואג לניקיון כללי
								משתמש במכשירי חשמל ביתיים (כגון : מכונה כביסה)
								מזמין שירות לביתו (כגון : לצורך תיקונים)
								מסוגל לקיים קשר עם שכנים
סיכום :								
ניידות והתמצאות בסביבה								
								מתמצא בקהילה
								מתמצא בסביבת מקום המגורים
								משתמש בתחבורה ציבורית
								מתמצא בשירותים בקהילה
סיכום :								
תפקוד תעסוקתי								
								מתמיד בתעסוקה
								מקבל סמכות
								מבין ומבצע הוראות
								מבין ומבצע עבודות רב שלביות
								הרגלי עבודה (מגיע בזמן)
סיכום :								
ניהול כספים								
								מבין משמעות של כסף
								מנהל תקציב
								משלם חשבונות
								משלם תשלומים קטנים
סיכום :								



מיומנויות חברתיות	הערכה ע"י הפונה	הערכה ע"י המפנה
יוזם קשר עם אדם אחר	כן/לא	כן/לא
מעורב בפעילויות קבוצתיות	כן/לא	כן/לא
מגיב לפניית של אחרים	כן/לא	כן/לא
יכול לקיים קשר חברתי	כן/לא	כן/לא
חברים משמעותיים	כן/לא/1/2/3/יותר	כן/לא/1/2/3/יותר
סיכום:		

מיומנויות שעות הפנאי	באיזה פעילויות פנאי את/ה משתתף?	באיזה תדירות את/ה משתתף בפעילויות אילו?
צופה בטלוויזיה		
הולך לקולנוע		
הולך למסעדות		
שומע מוסיקה		
עוסק בפעילויות ספורט		
משתתף בחוגים בקהילה		
יוצא לטיולים		
הולך למועדונים		
הולך לבית כנסת		
יוצא לגן ציבורי		
קורא ספרים		
אחר, פרט		
עוסק במלאכת יד בבית		
עוסק באומנות בבית		

שם ממלא הטופס _____ חתימה _____

מקום עבודה _____

מספר טלפון _____ תאריך מילוי הטופס _____



פניה לועדת שיקום אזורית

טופס המלצות הפונה והמפנה והחלטת ועדת השיקום

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
מספר החלטה	תאריך שנוי החלטה	תאריך קבלת הפניה
תאריך החלטה		

נא לציין ב X את המסגרת המומלצת ולנמק בדף הבא			החלטת הועדה		
	המפנה	הפונה	אישור	דחייה	אישור לתקופה (יש לציין את תקופת האישור)
ד י ו ר	78012	דיור לווין			
	99343	דיור מוגן רגיל			
	99354	דיור מוגן מתוגבר			
	99346	הוסטל רגיל			
	99345	הוסטל מתוגבר			
	78011	הוסטל כוללני			
	78006	סיוע חליפי בשכ"ד			
	78007	תוספת לשכ"ד			
ת ע ס ו ק ה	99353	מרכז שיקום: אבחון			
	99359	מרכז שיקום: תהליך שיקום			
	99352	מפעל מוגן			
	78013	תעסוקה נתמכת			
	99358	יחידת תעסוקה ושיקום בקהילה			
	99351	מועדון תעסוקתי			
	99348	מועדון לנוער			
	99350	מועדון מבוגרים			
	78014	שירותי סמך			
	78026	חונכות			
	99347	נופשון			
	78019	השלמת השכלה			
	78015	שירות תמיכה למשפחות			
	99355	מתאם טיפול			
	78009	טיפול שניניים			

מפתח לציון דחייה: (1) פחות מ 40% נכות (2) חוסר שיתוף פעולה של הפונה (3) שימוש בסמים ואלכוהול (4) אי בשלות לתוכנית המומלצת

חתימת הפונה _____ תאריך _____

שם האחראי למימוש התוכנית _____ מספר טלפון _____

מספר פקס' _____ מקום עבודה _____

נוכחים בועדה
(הפונה, משפחה, אפוסטרופוס, המפנה)

1
2
3
4

חברי הועדה חתימה

שם	
1	
2	
3	

הערות הועדה:



נימוקי המלצות המפנה / דו"ח מסכם

נימוקי המלצות הפונה

חתימה הפונה _____ תאריך _____

חתימה הגורם המפנה _____ תפקיד _____

_____ תאריך _____

נימוקי החלטת הועדה :

חתימת רכז שיקום _____ תאריך _____



פניה לוועדת שיקום אזורית

טופס ויתור סודיות

1. נא לצלם דף זה על ניר פירמה של הגורם המפנה.
2. יש לצרפו להפניה לרכז השיקום.
3. לצרף צילום של מנוי אפוטרופוס.

אני הח"מ _____ בעל ת.ז. מס' _____
נותן בזאת ל _____
למסור ל _____
את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובכל אופן שידרוש המבקש על מצב בריאותי או שיקומי או על כל מחלה שחליתי
בה בעבר או אני חולה בה כיום, או כל מידע אחר.
אני משחרר את _____ משמירת סודיות רפואית, וחובת ההגנה על
פרטיותי בכל הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או מחלותי או מידע כאמור ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה
לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

כתב ויתור סודיות זה יהיה בתוקף שנה מיום חתימתו אלא אם כן נמסרה הודעה בכתב.

חתימה

תאריך

אפוטרופוס

עד לחתימה

שם משפחה _____
שם פרטי _____
קירבה _____
כתובת _____
מס' טל' _____
חתימה _____
תאריך _____

שם משפחה _____
שם פרטי _____
תפקיד _____
חתימה _____
תאריך _____

שם מסגרת המפנה _____

חותמת מסגרת המפנה _____



שם פרטי

שם משפחה

מספר זהות

הערות לטופס :

על הגורם המפנה לדאוג למילוי טופס זה ולצרפו להפניה לועדת השיקום האזורית. לאחר אישור הועדה אפשר להפנות את המשתקם לטיפול במרפאת שניים . ראה רשימה מצורפת

מצב נפשי : [] שקט [] לא שקט

שיתוף פעולה : [] כן [] לא [] חלקי

מחלות מדבקות [] כן [] לא (נא לפרט) _____

מחלות גופניות : (סכרת , יתר לחץ דם , בעיות בקרישה) _____

אלרגיות : כן [] לא (נא לפרט) _____

תרופות (שם ומינון) _____

שם הרופא _____ חתימה _____

תאריך _____ מקום עבודה _____

לכבוד :

מנהל/ת המחלקה לשירותים חברתיים

מנהל מרפאת השיניים

במסגרת סל שיקום אושר טיפול דנטלי עבור :

שם _____ שם משפחה _____ מס' זהות _____

נא למלא את הטופס "בקשה לטיפול דנטלי : זכאי סל שיקום" , המפרט את תוכנית הטיפול, ולשלוח בצרוף

צילומים , לאגף לבריאות השן, רכז שירות דנטלי לזכאי סל שיקום, משרד הבריאות , רח' בן טבאי 2 י-ם .

אישור התוכנית ישלח למרפאה .

עם גמר הטיפול יש למלא " טופס גמר טיפול " ולשלוח לכתובת הנ"ל .

רכז שיקום מחוזי _____

כתובת _____

טלפון _____



טופס פניה לקרן שיקום לזכאי סל שיקום

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

שם תואר הגורם המפנה _____
 מקום עבודה וכתובת (מדויקת) _____
 מס' טלפון _____ פלאפון _____ מס' פקס _____

יש לצרף צילום של :
 1. הסיכום הפסיכוסוציאלי מתוך הפניה לועדת השיקום
 2. דו"ח רפואי מתוך הפניה לועדת השיקום
 3. צילום תעודת זהות של הפונה
 3. צילום החלטת הועדה
 יש לשלוח את החומר לגב' ברכה אנגלרד , מרכזת קרו שיקום משרד הבריאות, רח' הארבעה 12
 תל אביב, 64739

פירוט הבקשה (לפי סדר עדיפות , אין צורך לציין עלות)

הצעות מחיר יש לצרף רק במקרים מיוחדים כגון : מחשב, קורסים, פלדלת, סורגים או שיפוץ דירה.

לבירורים נא לפנות לכרמלה לב 03-5634717 בין השעות 10:00-12:00 בלבד

טופסי הפניה לקרן שיקום לזכאי סל שיקום חייב להיות חתום ע"י רכז/ת שיקום המחוזי.

אין לשלוח את חומר הפניה בפקס

חתימה המפנה _____

תאריך _____

אישור רכז/ת שיקום אזורי/ת

הנ"ל _____ מ.ז. _____

עבר/ה ועדת שיקום אזורית בתאריך _____ נמצא/ה זכאי/ת לסל שיקום.

חתימה וחותמת רכז/ת שיקום אזורי/ת

תאריך

הערה : אישור זה אינו מתייחס לפרטי הבקשה או לסכומי כסף . פירוט הבקשה ייבחן רק ע"י קרן השיקום.



על מנת להתאים לפונה חונך מתאים, נא למלא את הטופס ולצרפו להפניה לוועדת השיקום

שם _____

כתובת _____

ישוב _____

גיל _____

מין _____

שפה _____

תחומים שבהם הפונה זקוק לקבל עזרה ע"י חונך

בתחום הדיור (קשר עם דיירי הבית, קשר עם ועד הבית)

בתחום התעסוקה (השכמה בבוקר, התמדה במקום עבודה, אסרטיביות)

בתחום חברה ופנאי (מציאת תחומי עניין אישיים, העשרה של הזמן הפנוי, רכישת השכלה כללית)

העצמה (עזרה בנגישות למידע, הנחיה למצוי זכויות, התחברות עם ארגוני צרכנים ואסרטיביות)

ליווי כלכלי (עזרה באיזון וחלוקה של תקציב, ניהול חשבון בנק)

אחר _____



על מנת להתאים לפונה סומך מתאים, נא למלא את הטופס ולצרפו להפניה לוועדת השיקום

שם _____

כתובת _____

ישוב _____

גיל _____

מין _____

שפה _____

תחומים שבהם הפונה זקוק לקבל עזרה ע"י סומך

לזוי אינטנסיבי בתקופת מעבר

קניות

ניהול משק בית

היגיינה אישית

היגיינה סביבתית

אחר _____



1. נא לצלם דף זה על ניר פירמה של הגורם המפנה ולשלוח לסניף המוסד לביטוח לאומי באזור.
2. יש לצרף העתק של ויתור סודיות. במידה ויש אפוטרופוס יש לצרף צלום של מנוי האפוטרופוס.

תאריך _____

לכבוד

מנהל/ת מחלקת השיקום

המוסד לביטוח לאומי

סניף _____

שלום רב,

הנדון: שירותי שיקום

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

הופנה/תה לוועדת שיקום אזורית בתחום ברה"נ.

אודה לך על העברת המידע כדלהלן עד תאריך _____ לכתובת הרשומה מטה.

בברכה

שם המטפל _____

שם המסגרת המפנה _____

כתובת _____

עיר _____ מיקוד _____

מס' פקס _____

הני"ל טופלה ע"י מחלקת השיקום כן לא שנה _____

במידה וטופלה אודה על צירוף דו"ח קצר על התכניות שאושרו ל/ה בעבר, תאריכי האישור וכן פרטים על טיפולכם בו.

חתימה מנהל/ת מחלקת שיקום

המוסד לביטוח לאומי



פניה לוועדת שיקום אזורית

פניה ביטוח לאומי : נכות כללית

1. נא לצלם דף זה על ניר פירמה של הגורם המפנה ולשלוח לסניף המוסד לביטוח לאומי באזור.
2. נא לצרף העתק של ויתור סודיות לבקשה. במידה ויש אפוטרופוס לצרף צלום של מנוי האפוטרופוס

תאריך _____

לכבוד

רכז/ת נכות כללית

המוסד לביטוח לאומי

סניף _____

שלום רב,

הנדון: אחוז נכות נפשית

מר/גב' _____

ת.ז. _____ הופנה/תה לוועדת שיקום אזורית בתחום ברה"נ.

אודה לך על העברת המידע כדלהלן עד תאריך _____ לכתובת הרשומה למטה.

בברכה,

שם המטפל _____

שם המסגרת המפנה _____

כתובת _____

עיר _____ מיקוד _____

מס' פקס _____

שם פרטי

שם משפחה

מספר זהות

א. הנ"ל הגישה/תביעה לקבלת קצבת נכות כן לא שנת הגשת התביעה _____

ב. לנ"ל אושרה קצבת נכות מתאריך _____ . אחוזי הקצבה _____

ג. סעיפי הנכות הנפשית (הקיף בעיגול) 33 34

ד. אחוזי נכות נפשית _____ % סעיפי נכות אחרים _____ % סה"כ אחוזי נכות _____ %

ה. לנ"ל לא אושרה קצבת נכות.



פניה לוועדת שיקום אזורית

בקשת דייר לסיוע בשכר דירה

טופס זה מיועד לאדם בדיוור מוגן, בדירה בה הוא חתום על חוזה השכירות מול בעל הבית.

1. שם: _____ שם משפחה: _____ ת.ז.: _____
 2. מקבל שרות דיוור מוגן במסגרת עמותה/חברה/יזום: _____ - צרף אישור מנהל המסגרת.
 3. כתובת הדירה: _____
 4. מספר חדרי השינה: _____
 5. האם בנוסף לחדרי השינה יש בדירה סלון? _____
 6. מספר הדיירים: _____
 7. שכר הדירה שהינך מתבקש לשלם ע"פ החוזה: _____ צרף צילום החוזה.
 8. סכום הסיוע המבוקש: _____ נמק: _____
 9. האם הינך מקבל סיוע ממשרד השיכון? _____
 10. אם אינך מקבל; מדוע? (פרט תהליכי הפניה למשרד השיכון, הגשת ערעורים וכל פעולה נוספת שננקטה. צרף צילום כל המסמכים הנוגעים בדבר).

 11. האם מונה לך אפוטרופוס? _____ - אם כן, צרף צילום הצו וכתובתו של האפוטרופוס.
 12. האם מונה לך "מקבל קיצבה"? _____ - אם כן – פרט שמו וכתובתו.
 13. אם יש בבעלותך רכוש כלשהו (כגון כספים בחשבונות חסכון, הכנסות מהארץ או מחו"ל, זכות בעלות (מלאה או חלקית) בדירה או בקרקע וכו')? פרט: _____
 14. פרט הכנסתך החודשית מכל המקורות (כולל קיצבה) _____
- הריני מצהיר כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הם נכונים ומלאים ואני מתחייב בזאת לדווח לרכז השיקום המחוזי על כל שינוי במצבי הכלכלי או בנתונים שפורטו במסמך זה.

_____ חתימת הדייר

_____ תאריך

במקרה שלדייר יש אפוטרופוס יחתום האפוטרופוס על ההצהרה הבאה:

בקשה זו מוגשת על ידי בשם מר/גב' _____ בתוקף תפקידי כאפוטרופוס.

הריני מצהיר כי הפרטים המופיעים בטופס זה הם נכונים ומלאים למיטב ידיעתי ואני מתחייב בזאת לדווח לרכז השיקום המחוזי על כל מידע חדש שיגיע אלי בקשר למצבו הכלכלי של הנ"ל או על שינוי בנתונים שפורטו במסמך זה.

כאשר יש אפוטרופוס:

שם האפוטרופוס: _____ חתימת האפוטרופוס: _____

_____ חתימה

_____ תאריך



להלן רשימת כתובות לשליחת טפסי הפניה לועדת שיקום אזורית

מחוז צפון

יוסי קנטופסקי
לשכת בריאות מחוז צפון
לשכת פסיכיאטר המחוזי/אזורי
רח' המלאכה 3
נצרת 17000
מס' טלפון 04-6557876/8
מס' פקס 04-6470443

מחוז חיפה

גב' מוריה טייג
גב' גיתית רינות
לשכת הבריאות מחוז חיפה
לשכת פסיכיאטר המחוזי/אזורי
רח' הפרסים 15
חיפה ת.ד. 9526 מיקוד 35055
מס' טלפון 04-8619809
מס' פקס 04-8619777

מחוז מרכז

גב' רונית דודאי
גב' דינה ברק
לשכת הבריאות מחוז מרכז
לשכת פסיכיאטר המחוזי/אזורי
קירית הממשלה
רח' הרצל 91
רמלה
מס' טלפון 08-9788616/7/8
מס' פקס 089788619

מחוז תל אביב

גב' מירית כנעני
גב' שרה קריאל
לשכת הבריאות מחוז תל אביב
לשכת פסיכיאטר המחוזי/אזורי
רח' הארבעה 12
תל אביב
מס' טלפון 03-5634810
מס' פקס 03-5620567

מחוז ירושלים

גב' פמלה פרלמן
לשכת פסיכיאטר המחוזי/אזורי
בי"ח כפר שאול
ת.ד. 6358
ירושלים 91060
מס' טלפון 02-6551419/20
מס' פקס 02-6525136

מחוז דרום

גב' מילי נווה
לשכת הבריאות מחוז דרום
לשכת פסיכיאטר המחוזי/אזורי
רח' החלוץ 136
באר שבע ת.ד. 10050 מיקוד 84001
מס' טלפון 08-6282450
מס' פקס 08-6282438