

האגף לשרותים חברתיים

יש לצרף: צילום תעודת זהות ואישורי הכנסה של 3 חודשים אחרונים

מועד פגישה: יום _____ תאריך _____ / _____ / _____ שעה: _____

תאריך _____

טופס אינטק

פרטי המבקש:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת"ז _____

כתובת: _____ טלפון: _____

תאריך לידה _____ / _____ / _____ ארץ לידה _____ תאריך עליה _____

מאיזו מדינה עלית _____ מצב משפחתי _____

תעסוקה

גובה הכנסה חודשית _____ מקום עבודה _____

אם אינך עובד הקיף בעיגול - מהו מקור הכנסתך: קצבת בטל"א: הבטחת הכנסה/ נכות/ שארית/

שר"מ/ ניידות/ אחר _____

פרטים על בן / בת הזוג:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת"ז _____

תאריך לידה _____ / _____ / _____ ארץ לידה _____ תאריך עליה _____

מאיזו מדינה עלה/תה _____

האגף לשרותים חברתיים

טופס פניה לאגף לשירותים חברתיים

ברוכים הבאים לאגף לשירותים חברתיים יקנעם
כחלק מתהליך מתן התערבות מקצועית במחלקה הנך מתבקש/ת למלא את הטופס המצורף.
אנו נעשה כמיטב יכולותינו המקצועיות ובכפוף לסדרי עדיפויות תקציביים להעניק לך ולמשפחתך שירות מקצועי, יעיל ונגיש
בהתאם לאמור בטופס זה. יודגש כי תנאי מחייב להמשך בחינת אפשרות מתן התערבות מקצועית הוא חתימה על טופס זה
על כל סעיפיו

שם הלקוח/ה: _____ שם בן/בת הזוג (אם יש): _____
מס' זהות: _____ מס' זהות: _____

אני פונה אליכם מיוזמתי, ועל דעתי ומבקש/ת לבחון אפשרויות לקבל סיוע בתחומים הבאים (סמני ב-X):

- טיפול סוציאלי אישי _____
- טיפול סוציאלי זוגי _____
- טיפול סוציאלי לילדי _____
- מיצוי זכויות בתחום _____
- תיווך לסיוע גופים/מוסדות אחרים _____
- השמה במסגרות או סמך מקצועי (דורש חתימה על טופס הצהרה) _____
- סיוע כספי (דורש חתימה על טופס הצהרה) _____

1. ידוע לי כי הטיפול בפנייתי יהיה בכפוף לחוק שירותי הסעד התשי"ח – 1958, והוראות התע"ס (תקנון עבודה סוציאלית) ובכפוף לקריטריונים לפתיחת תיק במחלקה לשירותים חברתיים. הטיפול המקצועי יינתן לי על ידי עובד סוציאלי הרשום בפנקס העובדים הסוציאליים, כהגדרתו בחוק העובדים הסוציאליים, תשנ"ו-1996.
2. ידוע לי כי לצורך קבלת התערבות מקצועית, אני ומשפחתי נעבור תהליך אבחון והערכה שבסופו תיקבע החלטה, האם ייפתח תהליך התערבות ובאיזה אופן. אני מתחייב/ת לשתף פעולה בתהליך זה ולמסור כל מידע רלוונטי לצורך קבלת ההחלטה.
3. ידוע לי כי אהיה שותף לתהליך האבחון, וקביעת יעדי הטיפול ובסיום התהליך אחתום על טופס הצהרת מחויבות הדדית מול העו"ס המטפל. בטופס זה תקבע תכנית ההתערבות בשיתוף ובהסכמה עמי ויוגדרו המחויבויות ההדדיות שלי כלקוח ושל המחלקה לתהליך.
4. ידוע לי כי תיק הנפתח במחלקה לשירותים חברתיים הינו תיק משפחה וכולל מידע ונתונים על כל הנפשות בבית המשפחה. במידה שיש לי סייגים בנושא זה עלי לצייןם באופן מפורש כאן: _____
5. ידוע לי כי החומר שייאסף במהלך ההתערבות יתועד בתיק לקוח ממוחשב ואוכל לקבל מידע בנוגע לטיפול הסוציאלי שאקבל בהתאם להוראות חוק העובדים הסוציאליים, התשנ"ו - 1996.

האגף לשרותים חברתיים

6. ידוע לי כי על המידע שיצטבר בתיק הלקוח חלה חובת סודיות והעברת מידע או שימוש בו על ידי המחלקה ייעשו אך ורק בהתאם להוראות כל דין.
7. ידוע לי כי לצורך תהליך ההתערבות המקצועית ישתף העו"ס המטפל את הגורמים המנחים אותו מקצועית או בעלי תפקידים נוספים המעורבים מקצועית לצורך קידום ההתערבות. זאת, ללא צורך נוסף בחתימה על ויתור סודיות.
8. ידוע לי כי שירות המותנה בהשתתפות עצמית יינתן לי בכפוף להתחייבותי לשלם את גובה ההשתתפות העצמית שייקבע לי בהתאם למבחני הזכאות הרלבנטיים לאותו עניין.
9. ידוע לי כי אם לא תתקבל החלטה בנוגע לבקשתי לקבל סיוע בתוך 30 ימים מיום חתימתי על טופס פנייה זה בפני המחלקה לשירותים חברתיים, אוכל להגיש ערר על אי מתן החלטה. כמו כן, ידוע לי כי עם קבלת החלטה בנוגע לבקשתי לקבל סיוע, תעמוד לי הזכות להגיש ערר על ההחלטה בתוך 45 יום. ערר על פי כל אחת מהאפשרויות לעיל יוגש לוועדת הערר המקומית, בכתובת _____.

התחייבות בדבר שמירה על נהלים:

אני מתחייב/ת להתנהג כלפי העובדים וכלפי הרכוש במחלקה לשירותים חברתיים באופן מכבד וללא נקיטת אלימות מילולית או פיזית.

ידוע לי כי אי קיום התחייבות זו עלול להוביל למניעת כניסתי מהמחלקה לתקופה הקבועה בחוק למניעת אלימות במוסדות למתן טיפול, התשע"א – 2011.

תאריך _____ חתימת הלקוח/ה _____

תאריך _____ חתימת בן/בת זוג _____

הנני מצהיר כי הנ"ל חתם/מו על טופס פניה זה לאחר שהוסברה לו/להם משמעותו:

_____ תאריך

_____ חתימה

_____ שם ותפקיד נציג/ת המחלקה לשייח



עיריית יקנעם
YOQNEAM MUNICIPALITY

האגף לשרותים חברתיים

תאריך _____

לכבוד

אגף הרווחה והשירותים החברתיים

לידי עו"ס _____

טופס ויתור סודיות

אני הח"מ מבקש/ת למסור ל _____ כל אינפורמציה

_____ (שם מסגרת/ מחלקה לש"ח)

שתידרש לצורך הטיפול בי, כל מסמך רפואי אודותיי ו/או כל אינפורמציה אחרת שתידרש.

על החתום:

שם מלא מס' זהות חתימה

