

## טופס פניה לקבלת עזרה מאגף הרווחה

לכבוד המחלקה לשרותים חברתיים

1. אני הח"מ \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_

הכתובת \_\_\_\_\_

מצהיר בזה כי אמסור לכם כל ידיעה וכל מסמך שידרשו ממני בקשר לפנייתי לקבלת סעד או טיפול סוציאלי, וכי כל הפרטים והידיעות שמסרתי ואמסור הם נכונים ושלמים.

2. הנני מתחייב להודיע לכם על ל שינוי שיחול במצבי ו/או במצב בני משפחתי, אשר יש לו חשיבות למתן סעד או טיפול סוציאלי- תוך 15 יום מיום השינוי.  
3. ידוע לי כי, בהתאם לחוק, אם מצבי הכלכלי ישתפר, הרשות בידיכם לתבוע ממני החזרת הסעד שקבלתי, והריני מתחייב להחזיר הסעד שקיבלתי, אם אתבע לכך.

4. ידועים לי העונשים הצפויים לי אם לא אקיים את התחייבויותי אלה לפי תקנה 7 לתקנות שרותי הסעד (פניה למתן סעד או טיפול סוציאלי) תשכ"ז- 1967 המובאות להלן:

"אדם שעשה אחד מאלה:--

1. העלים ביודעין פרטים שנדרש למסרם לפי תקנות אלה.
2. חתם על טופס כאמור בתקנות אלה, ביודעו כי העובדות הכלולות בו הן כוזבות.
3. עשה קנוניה עם אחד אחר בקשר למתן סעד או הגדלתו או בקשר למתן טיפול סוציאלי.

"דינו קנס 600 ש"ח או 6 חודשי מאסר".

5. הנני מסכים ומרשה בזה למנהל המחלקה לשירותים חברתיים או למי שהוסמך על ידו, לבקש ולקבל ידיעות ופרטים אודות מצבי הכלכלי מכל אדם וגוף שהוא, ולבדוק את נכונות הצהרתי.

6. הנני מוכן מרצוני החופשי לוותר על זכות הסודיות שכל דין או מנהג מעניקים לי, בכל עניין שיש לו חשיבות למתן סעד או טיפול סוציאלי.

7. סה"כ הכנסותי והכנסות בני ביתי לחודש בממוצע: \_\_\_\_\_ משכר מספר בני ביתי \_\_\_\_\_ ילדים עד גיל 18 \_\_\_\_\_ מרכוש \_\_\_\_\_

ילדים מעל גיל 18 \_\_\_\_\_ פיצויים ורנטות \_\_\_\_\_

קרובים אחרים \_\_\_\_\_ פדיון מעסק \_\_\_\_\_

הכנסות אחרות \_\_\_\_\_

8. אין ברשותי רכב מנועי/ ברשותי רכב מנועי מסוג: \_\_\_\_\_ מס' רישוי \_\_\_\_\_

9. אין ברשותי נכסי דלא נייד/ הנכסים שברשותי הם: \_\_\_\_\_

דירה \_\_\_\_\_

מגרש \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המצהיר: \_\_\_\_\_

חתימת נציג המחלקה לש"י: \_\_\_\_\_ השם המלא: \_\_\_\_\_

התפקיד: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חותמת המחלקה  
 לש"ח: \_\_\_\_\_

**פניה לשרותי הרווחה**

מס' זהות							

שם הרשות המקומית

פרטים אודות ראש המשפחה:

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה			מין	מצב משפחתי	תאריך עליה		שפות דיבור
		יום	חודש	שנה			שנה	חודש	
					ז / נ				

כתובת			מקום עבודה	
שכונה/ רחוב	מס'	יישוב	שם המפעל	כתובת המפעל
מטרת הפנייה:				

אם החותם איננו ראש משפחה- נא למלא הפרטים:

שם משפחה	שם פרטי	כתובת	יחס קירבה לראש המשפחה

תאריך: _____		חתימת הפונה: _____	
חתימה	תאריך	פניה שניה ותוכנה:	
חתימה	תאריך	פניה שניה ותוכנה:	

לשימוש ע"י עובד מיון ואבחון (\*):

הופנה ע"י מוסד: _____		תאריך: _____	
חתימה	תאריך	סוג פעולה	חתימה
		הופנה למשרד או למוסד אחר המשרד המוסד	
		סוג החלטה	תאריך
		לא מעניינה של המחלקה לש"ח	
		הזמנה לעו"ס	
		הזמנה לעו"ס	
חתימת העו"ס		תאריך	תיאור הנזקקות
			1.
			2.
			3.

\* למילוי ע"י עובד מיון ואבחון או עו"ס המקבל את הפניה.