

טופס פניה למחלקה לשירותים חברתיים

ברוכים הבאים למחלקה לשירותים חברתיים – מועצה אזורית גולן

כחלק מתהליך מתן התערבות מקצועית במחלקה הנך מתבקש/ת למלא את הטופס המצורף.
אנו נעשה כמיטב יכולתינו 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 לילדיי _____
- מיצוי זכויות בתחום _____
- תיווך לסיוע גופים/מוסדות אחרים _____
- השמה במסגרות או סמך-מקצועי (דורש חתימה על טופס הצהרה) _____
- סיוע חומרי/כספי (דורש חתימה על טופס הצהרה) _____
- אחר: _____

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 ינתן 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 יפתח תהליך התערבות ובאיזה אופן. אני מתחייב/ת לשאת פעולה בתהליך זה ולמסור כל מידע רלוונטי לצורך קבלת החלטה.



3. ידוע לי כי אהיה שותף לתהליך האבחון, וקביעת יעדי הטיפול ובסיום התהליך אחתום על טופס הצהרת מחוייבות הדדית מול העו"ס המטפל. בטופס זה תקבע תכנית ההתערבות בשיתוף ובהסכמה עמי ויוגדרו המחוייבויות 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. אם יש 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.
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 החלטה בתוך 45 יום. ערר על פי כל אחת מהאפשרויות לעיל יוגש לוועדת הערר המקומית, בכתובת: ועדת ערר חיפה והצפון, ת.ד. 3028 חיפה, מיקוד 31030. טלפון 04-8619121.

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 למחלקה 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:

שם ותפקיד נציג/ת המחלקה לש"ח _____ חתימה _____ תאריך _____

נספח מספר 2:

טופס הצהרה

טופס זה מיועד לבקשות לסיוע הדורשות השתתפות עצמית של הלקוח
בהתאם להוראות משרד העבודה והרווחה והשירותים החברתיים

לכבוד

המחלקה לשירותים חברתיים

מועצה אזורית גולן

אני הח"מ _____ מס' ת"ז _____ כתובתי _____
שם בן/בת הזוג (אם יש) _____ מס' ת"ז _____

במסגרת פנייתי למחלקה לשירותים חברתיים אני מצהיר/ה בזאת:

1. כללי: כל הפרטים הנמסרים על ידי נכונים ומדויקים.

2. מצבי המשפחתי:

- נשוא/אה / גרושה / אלמנה / רווקה / פרודה / ידועה-בציבור / אחר (סמני בעיגול)
- מס' ילדים עד (כולל) גיל 18/כיתה י"ב/בשירות סדיר בצה"ל/בשירות לאומי _____.
- מס' ילדים בגירים המתגוררים בבית (מעל 18/צבא/שירות-לאומי) _____.

3. נכסים על שמי (סמני בעיגול): אין ברשותי נכסי נדל"ן / יש ברשותי נכסי נדל"ן: _____.

4. סה"כ הכנסותי והכנסות בני-ביתי (לחודש בשקלים) הן כדלקמן:

| | |
|--|---------|
| משכר עבודה | _____ ₪ |
| מפנסיות | _____ ₪ |
| מקיצבאות | _____ ₪ |
| מרכוש (כולל שכ"ד או דמי השכרת נכס אחר) | _____ ₪ |
| מפיצויים | _____ ₪ |
| הכנסות אחרות | _____ ₪ |

5. **עדכון פרטים :**

אני מתחייב/ת להודיע למחלקה על כל שינוי בסעיפים 2, 3 ו-4 לעיל, בכתב ובתוך חודש מיום השינוי.

6. **אימות פרטים :**

- ידוע לי כי אם יימצא שהעובדות שמסרתי במסגרת הצהרתי זו הינן כוזבות, או יימצא כי העלמתי פרטים או עשיתי קנוניה עם אדם אחר, וכל זאת בנוגע לסיוע חומרי מבוקש, אהיה צפוי לעונשים בהתאם לתקנה 7 לתקנות שירותי הסעד (פנייה למתן סעד או טיפול סוציאלי) תשכ"ז – 1967.
- ידוע לי כי על פי חוק שירותי הסעד, התשי"ח – 1958 בסמכותו של עובד סוציאלי שמונה לפי אותו חוק לבדוק אותי וכל אדם אחר בדבר מצבי ובכלל זה בנוגע להצהרותיי לעיל.

7. **ידוע לי כי כל סיוע הדורש השתתפות עצמית מותנה ב :**

- חתימה על טופס הצהרת מחויבות הדדית ביני לבין המחלקה לשירותים חברתיים ועמידה בתנאיו.
- היותו של הסיוע חלק מתכנית התערבות מוסכמת.
- המצאת פרטים ומסמכים רלוונטיים, עדכניים ומדויקים על ידי.
- קריטריונים הנקבעים על ידי משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים לאותו עניין.
- סדרי עדיפות תקציביים של המחלקה לשירותים חברתיים.
- בחינה מחדש, לפחות אחת לשנה, של הנזקקות ושל הזכאות בסיוע מתמשך (כגון השמה במסגרת).

למען הסר ספק :

ידוע לי שאם גילתה המחלקה לשירותים חברתיים כי הפרטים שמסרתי אינם נכונים, תהיה רשאית להפסיק את הסיוע שניתן לי.

תאריך _____ חתימת הלקוח/ה _____

תאריך _____ חתימת בן/בת זוג _____

הנני מצהיר כי הנ"ל חתם על הצהרה זו בפניי לאחר שהוסברה לו משמעותה :

שם ותפקיד נציג/ת המחלקה לש"ח

חתימה

תאריך