



## אגף ייעוץ וטיפול

בקשת הנחה בתשלום עבור טיפולים באגף ייעוץ וטיפול

שם המשפחה: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_ טל/נייד: \_\_\_\_\_  
שם האב: \_\_\_\_\_ מ. עבודה: \_\_\_\_\_ הכנסה: \_\_\_\_\_  
שם האם: \_\_\_\_\_ מ. עבודה: \_\_\_\_\_ הכנסה: \_\_\_\_\_  
מספר נפשות במשפחה: \_\_\_\_\_

\* יש לצרף תלושי שכר / אישור ביטוח לאומי / דו"ח הכנסות הוצאות / רווחה

\* פירוט הבקשה :

שם המטופל: \_\_\_\_\_ שם המטפל: \_\_\_\_\_

פירוט הבקשה: \_\_\_\_\_

הצהרה: הריני מצהיר שהפרטים שמסרתי הנם נכונים.

שם המבקש : \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ בתאריך: \_\_\_\_\_

\* המלצת המטפל : \_\_\_\_\_

\* החלטת המנהלת: \_\_\_\_\_

חתימת המנהלת : \_\_\_\_\_ תאריך האישור: \_\_\_\_\_