



דף הצהרת מקבל השרות המיזם הלאומי לביטחון תזונתי

אני הח"מ,

מספר זהות										שם משפחה					שם פרטי				
מספר זהות										תאריך לידה בן זוג					בן זוג				
רחוב ומספר בית										שכונה					עיר				
הערות לנהג										מספר דירה					קומה				
מספר פלאפון - 2										מספר פלאפון					מספר טלפון				

נא להתייחס לכל הסכומים בחישוב **חודשי** בלבד!

הערות	מקור	סך	מעמד	הכנסות נוספות	
		₪			
		₪			
				היעדר הכנסות נוספות	
				[] אין לי הכנסות נוספות (סמן V)	

סובל מ:	קרבה	התרופות מיועדות ל: (שם החולה)	סך	הצהרה	הוצאות רפואיות
			₪	[] אני משלם כל חודש על תרופות.	
			₪	[] אין לי הוצאות על תרופות.	

תיאור החוב	תאריך תשלום מתוכנן אחרון	תאריך היווצרות החוב	סכום החוזר החודשי	סכום הכולל של החוב	סוג המלוה	החזר חובות חודשי (פרט למשכנתא והוצאות דיור)	
	/ /	/ /	₪	₪			
	/ /	/ /	₪	₪			
	/ /	/ /	₪	₪			

ידוע לי כי כחלק מהשתתפות בתכנית הסיוע במזון - אני מחויב להשתתף בסדנאות שיתקיימו ע"י

מיזם התכנית בנושאים שונים, ביניהם: ניהול כלכלי, מיצוי זכויות, תזונה נכונה. ההשתתפות בסדנאות הינן תנאי להשתתפות בתכנית הסיוע ואי השתתפות בסדנאות יכולה לבטל את זכאותי לתכנית הסיוע.

אני הח"מ מאשר למח' הרווחה לשתף בתיקי האישי את אשל ירושלים, ולאשל ירושלים לשתף את

פרטיי, מסמכי ומידע אישי אחר, לכל גורם נוסף הקשור ל'מיזם הלאומי לביטחון תזונתי'.

תאריך: _____ / _____ / _____ שם וותימת המבקש/ת: _____ X