



דצמבר 2022

הנדון: הנחיות להגשת בקשה לוועדת זכאות ואפיון – עבור תלמידים חדשים במערכת החינוך העירונית

- הורים יקרים שלום רב, להלן הסבר על אופן הגשת בקשה עבור בנכס/בתכס לוועדת זכאות ואפיון לבחינת זכאותם לשנת הלימודים תשפ"ג:
- הוועדות יתקיימו מחודש אפריל עד ל- 31 במאי.
 - הגשת המסמכים לוועדות זכאות היא עד ה- 31 במרץ!
 - המסמכים שעליכם להגיש **במרכז**, מפורטים בטופס הבקשה-נספח 1.
 - במידה ובנכס/בתכס באמצע תהליך אבחוני **שלא עתידי להסתיים עד ל-31 במרץ**, **חובה** להגיש אישור מהמכון להתפתחות הילד על כך עם תאריך צפי לסיום האבחון.
 - יש להגיש את המסמכים **המלאים** סרוקים (**כל מסמך בנפרד**) ומצורפים **במייל אחד** לכתובת: Zakaut_tlv_holon_by@education.gov.il
המסמכים שישלחו יועברו לבדיקה על ידי יו"ר וועדת זכאות ואפיון ורק לאחר אישור התיק ניתן יהיה לקבוע מועד לדיון.

לא יזומן דיון ללא הגשת המסמכים המלאים!

רצוי שבעת הדיון יהיה בידיכם עותק מהמסמכים המלאים שהוגשו.

- **רק לאחר קבלת אישור** יו"ר הוועדה למסמכים שהוגשו, ישלח אליכם זימון בדואר רשום ובמייל שתתנו.
- כל הדיונים יתקיימו באמצעות אפליקציית ZOOM.

לא יאושרו תיקי ועדה חלקיים!

לא יתקבלו מסמכים לאחר המועדים המפורטים לעיל אלא אם יעמדו בקריטריונים של ועדה חריגה בהתאם להנחיות משרד החינוך.
בקשות חריגות לאחר המועד הסופי להגשה יוגשו על ידכם ישירות למשרד החינוך.

לאחר הוועדה:

1. תוך 14 יום ממועד הדיון תשלח אליכם **בדואר רשום** החלטת הוועדה.
2. במידה ותוך 3 שבועות מיום הדיון בוועדת הזכאות **לא** קיבלתם את החלטת וועדת הזכאות – עליכם ליצור קשר עם האגף לטיפול בפרט בטלפון: 03-5027298.
3. לאחר קבלת הזכאות עליכם לבחור את **סוג** המסגרת (גן רגיל / גן לחינוך מיוחד) בה אתם מעוניינים עבור בנכס/בתכס באמצעות **טופס לרישום סוג המסגרת החינוכית שיצורף להחלטה שתשלח אליכם בדואר.**
4. **באחריותכם להעביר את טופס הבחירה חתום על ידכם** במייל לכתובת: Zakaut_tlv_holon_by@education.gov.il

שימו לב- ההחלטות של וועדת זכאות ואפיון ימומשו בשנת

הלימודים העוקבת!

בהצלחה!



נספח 1

בקשה להגשת תלמיד/ה לועדת זכאות ואפיון- ילדי גן חדשים

שנת הלימודים _____ שם הגן / המעון (פרטי) _____ טלפון של הגנת: _____

מגזר מבוקש לשיבוץ (נא להקיף): ממלכתי (חילוני) / ממ"ד / חרדי (מוכר שאינו רשמי)

פרטי התלמיד/ה המוגש/ת לוועדה:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מין: ז / נ

ת.ז.: _____ ת.ל.: _____

עולה לכיתה (נא להקיף בעיגול): טרום טרום חובה / טרום חובה / חובה

סטטוס הורים (נא להקיף בעיגול): גרושים / נשואים / פרודים / הורה יחידני (*יש לצרף אישור):

שם ההורה: _____ שם ההורה: _____

ת.ז. ההורה: _____ ת.ז. ההורה: _____

כתובת מלאה: _____ כתובת מלאה: _____

מספר טלפון נייד: _____ מספר טלפון נייד: _____

מייל: _____ מייל: _____

נא לסמן את המסמכים שנסרקו למערכת (נוסף על טופס זה):

- ויתור סודיות חתום על ידי שני ההורים.
- במידה והילד/ה בגן פרטי- שאלון חינוכי + חתימת הורים
- מסמכים קבילים עדכניים- אבחונים פסיכולוגיים (**אחרונים שנעשו**)- על פי המפורט בנספח 2 גורמים שאבחנתם קבילה.
- סטטוס הורים (במידה ולא נשואים)- הורים גרושים (יפוי כוח) / הורה יחידני (ת.ל ללא שם אב)
- צילומי ת.ז של שני ההורים (כולל ספח)
- דו"ח נוירולוגי (במידה וישנו)
- דו"ח פסיכיאטרי (במידה וישנו)
- דוחות מטפלים פרא רפואיים (קלינאית תקשורת, ריפוי בעיסוק, טיפול רגשי וכו')- במידה וישנם
- בדיקת ראייה (שבוצעה בחצי שנה אחרונה)- חובה! (תור עתידי: _____)
- בדיקת שמיעה (שבוצעה בחצי שנה אחרונה)- חובה! (תור עתידי: _____)
- צורך בנגישות פיזית (עבור הורה או תלמיד): כן / לא
- צורך בתרגום: כן / לא (במידה וכן, נא לציין לאיזו שפה): _____

תאריך הגשת הבקשה: _____



**גורמים שאבחנתם קבילה בוועדות מתוקף תיקון מס' 11 לחוק החינוך המיוחד
תוספת ראשונה**

| אפיון המוגבלות | הגורם המקצועי שאבחנתו קבילה לצורך אפיון המוגבלות של התלמיד |
|------------------------------|--|
| משכל גבולי | פסיכולוג חינוכי/פסיכולוג התפתחותי/פסיכולוג קליני |
| מוגבלות שכלית התפתחותית | ועדת האבחון לפי חוק הסעד (טיפול באנשים עם מוגבלות שכלית – התפתחותית) התשכ"ט-1969, ובמידת הצורך- גורם מקצועי נוסף שאבחנתו קבילה בהלימה למוגבלות או למוגבלויות נוספות. |
| חשד למוגבלות שכלית התפתחותית | פסיכולוג חינוכי, פסיכולוג התפתחותי, או פסיכולוג קליני |
| הפרעות התנהגותיות ורגשיות | פסיכולוג חינוכי, פסיכולוג התפתחותי, פסיכולוג קליני או רופא מומחה בפסיכיאטריה של ילדים ונוער |
| מוגבלות על רצף האוטיזם/ASD | רופא מומחה בפסיכיאטריה של ילדים ונוער, רופא ילדים עם ניסיון עבודה של שלוש שנים לפחות במכון מוכר להתפתחות הילד או רופא מומחה בניירולוגיה של הילד ובהתפתחות הילד. נוסף על כך באבחון הראשון – אבחון של פסיכולוג קליני מומחה בתחום הקליני של הילד, פסיכולוג התפתחותי, או פסיכולוג שיקומי או חינוכי בעל הכשרה מוכחת בתחום האוטיזם |
| הפרעות נפשיות | רופא מומחה בפסיכיאטריה של ילדים ונוער |
| לקות למידה רב-בעייתית | פסיכולוג חינוכי, פסיכולוג מומחה שהוכשר בנושא לקויות למידה, או פסיכולוג מומחה ומאבחן דידקטי בין במסמך אחד ובין מסמכים נפרדים |
| AD(H)D | פסיכולוג מומחה, רופא מומחה בניירולוגיה של הילד ובהתפתחות הילד, רופא מומחה בפסיכיאטריה של ילדים ונוער, או רופא ילדים בעל ניסיון עבודה של שלוש שנים לפחות במכון מוכר להתפתחות הילד |
| מוגבלות פיזית | רופא ילדים בעל ניסיון עבודה של שלוש שנים לפחות במכון מוכר להתפתחות הילד, או רופא מומחה בניירולוגיה של הילד והתפתחות הילד |
| מוגבלות בשמיעה | קלינאי תקשורת שהוסמך לאודיולוגיה, "לעניין זה, "אודיולוגיה – עריכת בדיקות שמיעה והתאמת מכשירי שמיעה |
| מוגבלות בראייה | מכון לראייה ירודה או רופא עיניים |
| עיכוב התפתחותי בתחום התפקודי | רופא מומחה בניירולוגיה של הילד ובהתפתחות הילד, או פסיכולוג חינוכי או התפתחותי – יחד עם קלינאי תקשורת או מרפא בעיסוק |
| עיכוב התפתחותי בתחום השפה | קלינאי תקשורת במכון להתפתחות הילד |
| מחלות ותסמונות נדירות | רופא ילדים עם ניסיון עבודה של שלוש שנים לפחות במכון מוכר להתפתחות הילד או רופא מומחה בניירולוגיה של הילד ובהתפתחות הילד |



תאריך: _____

ייפוי כוח לקיום ועדת זכאות ואפיון שלא בנוכחותי
(עבור הורים גרושים בלבד)

אני אבא / אמא של הילד: _____ ת.ז. _____

מייפה את כוחה/כוחו של _____ ת.ז. _____

לייצג אותי בוועדת זכאות ואפיון ובהחלטתה.

פרטי ההורה:

שם ומשפחה: _____

טלפון: _____

כתובת (מס' דירה + רחוב + עיר): _____

חתימה: _____

מדינת ישראל

טלפון לפניות – המחלקה לחינוך מיוחד: 03-5027298 פקס: 03-6008917
מייל לפניות בנושאי תיאום מועדי ועדות בלבד: Vaadot@holon.muni.il



משרד החינוך
המנהל הפדגוגי
אגף א' חינוך מיוחד

ויתור על סודיות להעברת מידע לוועדת זכאות ואפיון

תאריך _____

שם המסגרת החינוכית _____ סמל מוסד _____

מחוז _____

ויתור סודיות

אנו הורי/אפוטרופוסי התלמיד/ה _____ תעודת זהות _____ מאשרים למנהל/ת המסגרת החינוכית בה לומד/ת בני/בתי למסור את המידע שהועבר על ידינו למוסד החינוכי, לרבות מסמכים קבילים על אבחנת המוגבלות של בני/בתי, בדיקות שמיעה וראיה עדכניות, שאלון הורים (ככל שקיים), מסמכים שהעברנו למוסד החינוך לצורך דיון בוועדה וכל מידע חינוכי או/ו טיפולי שעומד לרשות המוסד ביחס לתפקודו של בני/בתי במסגרת החינוכית.

אנו מאשרים כי המידע יועבר ליו"ר ועדת זכאות ואפיון ולחבריה לצורך דיון בבקשה לבחון את זכאות בני/בתי לקבל שירותי חינוך מיוחדים.

שם ההורה/אפוטרופוס _____ ת.ז. _____

חתימה _____

שם ההורה/אפוטרופוס _____ ת.ז. _____

חתימה _____



נספח הבהרות- סטטוס הורים

1. **הורים נשואים**- רצויה נוכחות של שני ההורים בוועדה, איך אינה מחייבת לקיום הוועדה.
2. **הורים גרושים**- נדרשת נוכחות שני ההורים בוועדה. במידה ואחד מהם לא יכול/ מעוניין להגיע, יש להחתימו על ייפוי כוח (מצ"ב לנוהל) ולהביא אלינו **למחלקה עד שבוע לפני מועד הוועדה**.
3. **הורה בחו"ל (גרושים)**- יש להחתים את ההורה ששוהה בחו"ל על ייפוי כוח. במידה ואין קשר יש לפעול על פי המפורט בסעיף 4.
4. **לא ניתן לאתר את ההורה**- על ההורה השני לגשת לבית משפט לענייני משפחה ולחתום על תצהיר מול שופט. יש להביא את התצהיר אלינו למחלקה טרם מועד הוועדה.
5. **משמורת יחידה לאמא או לאבא**- עדיין מצריכה יידוע וזימון של ההורה השני, שכן על פי חוק הוא האפוטרופוס החוקי של הילד. משמע מצריך נוכחות של שניהם או ייפוי כוח חתום.
6. **אישור אפוטרופוס יחידה**- יש להמציא את האישור מבית המשפט למחלקה טרם מועד הוועדה. במקרה כזה מספיקה נוכחות של האפוטרופוס החוקי בלבד.
7. **אמא יחידנית**- יש להביא עותק של תעודת לידה ללא שם אב. תעודת זהות לא תספק!
8. **משפחת אומנה**- יש להמציא אישור אומנה. זימון ההורים הביולוגיים יהיה על פי סטטוס המשפחה מול הרווחה (יש לבדוק את הנושא מול העו"ס המטפלת).
9. **הורה (שהוא אפוטרופוס חוקי) בכלא**- יש לדאוג להחתים את ההורה באמצעות העו"ס בבית הכלא (ניתן להיעזר בשירותי הרווחה).
10. **צו הרחקה**- יש להמציא את הצו טרם מועד הוועדה. במקרה כזה כמובן שההורה מולו הופעל הצו לא יזומן לוועדה.

שימו לב- יש לדאוג לצירוף האישורים המפורטים בעת הגשת הבקשה במלואה במייל. זאת כדי למנוע ביטול של דיונים או זימון מיותר של הורים וצוותים לדיון שלא יוכל להתקיים על פי חוק ללא אישורים אלו.



שרות פסיכולוגי חינוכי

האגף לטיפול בפרט

תאריך: _____

כתב ויתור סודיות

אנו החתומים מטה ההורים של :

שם התלמיד/ה: _____ ת.ז. _____

כתובת מגורים של התלמיד/ה: _____

נותנים בזה רשות לעיריית חולון /שפ"ח חולון/ רווחה

למסור / לקבל מידע רפואי/פסיכולוגי/אחר לאגף לטיפול בפרט (עיריית חולון), לרשות/בית ספר / גן,

למטרת שיבוץ למסגרת לימודית ולטיפול במסגרת.

בחתימתנו אנו משחררים בזה את הגורם שמסר את המידע מחובת שמירה על סודיות מקצועית המחויבת על פי החוק. אין בהסכמתנו זו להעברת מידע אישור או הסכמה מראש להחלטות או המלצות שתתקבלנה ע"י כל גורם שהוא בנודע לבננו/בתנו.

פרטי האם:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

ת.ז. _____ נייד _____ טל' בבית _____

מייל: _____ כתובת מגורים: _____

חתימה _____

סטטוס הורים: נשואים / גרושים / אלמן/ה / הורה יחידני (בהצגת תעודת לידה בלבד)

פרטי האב:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

ת.ז. _____ נייד _____ טל' בבית _____

מייל: _____ כתובת מגורים: _____

חתימה _____