

**\*\*\*יש למלא את הטפסים בהדפסה בלבד**  
**שאלון תפקודי לאנשים בתפקוד גבוה**

רצוי למלא את השאלון בעזרת גורם מקצועי או בייקטיבי, כגון: מסגרת חינוכית, מטפל וכיו"ב.

הפנייה הינה  לדיור חוץ ביתי  לתעסוקה

**פרטים אישיים:**

שם: \_\_\_\_\_  
גיל: \_\_\_\_\_  
מין \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_  
טלפון נייד: \_\_\_\_\_  
טלפון בבית: \_\_\_\_\_  
שם המסגרת/ ביה"ס \_\_\_\_\_

**פרטי ממלא השאלון:**

שם: \_\_\_\_\_  
תפקיד: \_\_\_\_\_  
כתובת מייל: \_\_\_\_\_  
טלפון: \_\_\_\_\_  
תאריך מילוי השאלון: \_\_\_\_\_

**היגינה אישית:**

האם מתקלח בכוחות עצמו? במידה ולא: במי נעזר ומה רמת התמיכה לה זקוק?  
\_\_\_\_\_

**מיומנויות מטבח:**

האם יודע להכין לעצמו כריך? האם מכיר כלי בישול ואוכל? האם יודע להשתמש בכיריים ובתנור?  
האם יודע להכין ארוחה קלה? האם יודע לערוך שולחן ולפנות אותו? האם יודע לשטוף כלים?  
\_\_\_\_\_

**התניידות עצמית:**

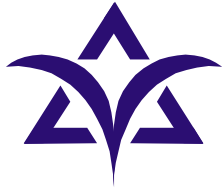
האם נוסע לבד בתחבורה הציבורית? במידה ולא: מדוע?  
\_\_\_\_\_

האם יודע לשמור על כללי הבטיחות והזהירות בדרכים? האם הוא מסכן את עצמו?  
\_\_\_\_\_

**שימוש במשאבים קהילתיים:**

האם מתמצא בסביבה הקרובה?  
\_\_\_\_\_

האם מסוגל לבקש עזרה?  
\_\_\_\_\_



מדינת ישראל  
משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים  
השירות לטיפול באדם עם אוטיזם



הערות	לא	כן	האם יודע להשתמש..
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אינטרנט/ מיילים
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קופת חולים
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תחבורה ציבורית
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קניות בחנויות
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	טלפון סלולרי/ אפליקציות מסייעות

**שעות הפנאי:**

האם יש העדפות לבילוי שעות הפנאי?

\_\_\_\_\_

האם יש תחומי עניין מועדפים? האם משתתף בחוגים בקהילה? איזה?

\_\_\_\_\_

כישרונות ותחביבים:

\_\_\_\_\_

**ניהול כספים:**

האם מבין את המשמעות של כסף?

\_\_\_\_\_

האם יודע לנהל תקציב אישי?

\_\_\_\_\_

האם מתמצא בתשלומים קטנים (מכולת וכיו"ב)? האם יודע לחשב כמה עודף מגיע לו?

\_\_\_\_\_

האם מנהל חשבון בנק? האם נעזר לכך במישהו?

\_\_\_\_\_

**מצב רוח מאפיין:**

האם יש נטייה להתפרצויות? (פרט/י)

\_\_\_\_\_

האם מבחין בין טוב לרע? האם מבדיל בין דמיון למציאות?

\_\_\_\_\_

האם יש בעיות התנהגות? (פרט/י)

\_\_\_\_\_

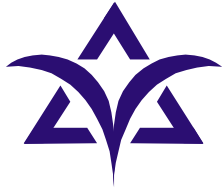
**חברה:**

האם יש לו חברים? כיצד מבלה אתם?

\_\_\_\_\_

האם הולך למועדונים חברתיים?

\_\_\_\_\_



**עבודה:**

האם עבד בעבר או עובד כיום? במה?

\_\_\_\_\_

איזה מסגרת תעסוקתית מועדפת עליו?

\_\_\_\_\_

**בריאות ובטיחות:**

האם יכול להזיק לעצמו? האם שומר על עצמו מפני פציעות? האם יודע לדווח כשלא חש בטוב ולבקש עזרה?

\_\_\_\_\_

האם מטופל תרופתית? אלו תרופות נוטל?

\_\_\_\_\_

האם לוקח תרופות באופן עצמאי?

\_\_\_\_\_

שם הרופא המטפל:

\_\_\_\_\_

**יש לצרף:**

- סיכום רפואי מהפסיכיאטר המטפל/ רופא מטפל.
- דו"ח סוציאלי.
- דו"ח חינוכי- תפקודי.
- טופס הפנייה לסידור חוץ ביתי (בפנייה לסידור חוץ ביתי בלבד)