

## טופס פנייה למחלקה לשירותים חברתיים

כחלק מתהליך מתן שירות סוציאלי במחלקה אתם מתבקשים למלא את הטופס המצורף. אנו נעשה כמיטב יכולותינו המקצועיות; בכפוף לקריטריונים לפתיחת תיק במחלקה לשירותים חברתיים ולקיומו של תקציב למתן השירות ולסדרי עדיפויות מקצועיים ואחרים להעניק לכם ולמשפחותיכם שירות מקצועי, יעיל ונגיש בהתאם לאמור בטופס זה. יודגש כי חתימה על טופס זה במלואו הוא תנאי מחייב להמשך בחינת אפשרות למתן התערבות מקצועית.

### פרטי מבקש השירות

שם מקבל השירות: \_\_\_\_\_ שם בן או בת הזוג (אם יש) \_\_\_\_\_  
 מספר זהות: \_\_\_\_\_ מספר זהות של בן או בת הזוג: \_\_\_\_\_  
 טלפון נייד: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_  
 טלפון נוסף נייד: \_\_\_\_\_ טלפון נוסף נייד: \_\_\_\_\_

### מטרת הבקשה

אני פונה אליכם מיוזמתי, ועל דעתי בבקשה לבחון אפשרויות לקבל סיוע בתחומים הבאים (יש לסמן ב- X):

פירוט	סימון	מטרת הבקשה
_____	_____	טיפול סוציאלי אישי
_____	_____	טיפול סוציאלי זוגי
_____	_____	טיפול סוציאלי משפחתי
_____	_____	מיצוי זכויות
_____	_____	תיווך לסיוע של גופים או מוסדות אחרים
_____	_____	סיוע חומרי או כספי
_____	_____	תסקיר לבית משפט
_____	_____	השמה למסגרת
_____	_____	אחר



ידוע לי כי הטיפול בפנייתי יהיה בכפוף לחוק שירותי הסעד התשי"ח – 1958 והתקנות שהותקנו מכוחו, ובהתאם להנחיות משרד הרווחה והביטחון החברתי, לרבות הוראות התע"ס (תקנון עבודה סוציאלית), ובכפוף לקריטריונים לפתיחת תיק במחלקה לשירותים חברתיים ולקיומו של תקציב למתן השירות.

1. ידוע לי כי לצורך קבלת טיפול סוציאלי, אני ומשפחתי נעבור תהליך אבחון והערכה, שבסופו תתקבל החלטה האם יפתח תהליך טיפולי ובאיזה אופן. אני מתחייב לשתף פעולה בתהליך זה ולמסור כל מידע רלוונטי שיידרש לצורך קבלת ההחלטה.

2. ידוע לי כי אהיה שותף לתהליך האבחון ולקביעת יעדי הטיפול, ובסיום התהליך אחתום על טופס הצהרת מחוייבות הדדית מול העובד הסוציאלי המטפל. בטופס זה תקבע תכנית הטיפול בשיתוף ובהסכמה עמי, ויוגדרו המחוייבויות ההדדיות לתהליך - שלי כמקבל שירות ושל המחלקה כנותנת השירות. ידוע לי כי על המידע שיצטבר בתיק שייפתח לצורך הטיפול בי במחלקה חלה חובת סודיות, והעברת מידע או שימוש בו על ידי המחלקה ייעשו אך ורק בהתאם לכל דין ובהתאם להסכמות שלי על ויתור הסודיות בטופס זה.

3. ידוע לי כי מידע אודותיי יועבר אל משרד הרווחה והביטחון החברתי ואני אף נותן בכך את הסכמתי למשרד הרווחה והביטחון החברתי למסור מידע על אודותיי למחלקה לשירותים חברתיים, בהתאם לצורך.

4. אני נותן את הסכמתי למחלקה לשירותים חברתיים למסור ולקבל מידע על אודותיי, לרבות מידע על גמלת סיעוד לו אקבלה, אל ומהמוסד לביטוח לאומי.

5. ידוע לי כי שירות המותנה בהשתתפות עצמית במימונו יינתן לי בכפוף להתחייבותי לשלם את גובה ההשתתפות העצמית שייקבע לי בהתאם למבחני הזכאות הרלבנטיים לאותו עניין.

אני מצהיר שקראתי את כל התנאים, הבנתי את תוכנם ואני מאשר זאת ומסכים לכל הכתוב.

\_\_\_\_\_ חתימה :

\_\_\_\_\_ תאריך :

