



מרכז רפואי

תאריך: _____
 שם העו"ס _____
 ת.ז עו"ס: _____
 מס' טלפון סלולרי: _____
 אימייל: _____
 מחלקה: _____

לכבוד

האגודה למלחמה בסרטן
מחלקת שיקום ורווחה

בקשת סיוע חומרי ראשוני (סח"ר) לחולה סרטן

ת.ז 9 ספרות:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
 שם האב: _____
 תאריך לידה: _____ ארץ מוצא: _____ שנת עלייה: _____
 מצב משפחתי: נ / א / ג / ר

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

שם בן/בת הזוג: _____ ת.ז 9 ספרות:

נא לרשום כתובת מדויקת למשלוח דואר

כתובת: _____

רחוב / ת.ד. _____ מס' דירה כניסה ישוב מיקוד _____
 טלפון: _____ טלפון נוסף: _____
 אבחנה רפואית*: _____ אובחן לראשונה: _____
 סוג טיפול: _____ קופ"ח: _____

- יש לצרף אבחנה רפואית ותוכנית טיפולים מהרופא המטפל

כתובת למשלוח ההמחאה (במידה ושונה מכתובת החולה):

כתובת: _____

רחוב / ת.ד. _____ מס' דירה כניסה ישוב מיקוד _____

- שם ומספר ת.ז של המוטב להמחאה, במידה וחשבון הבנק של החולה מעוקל (יש לצרף צילום ת.ז.)

שם: _____

ת.ז 9 ספרות

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



מקצוע: _____ מקום עבודה: _____
הכנסות מעבודת החולה: _____ הכנסות מעבודת בן/בת זוג: _____
פנסיה: _____ מקור הכנסה אחר: _____
הוצאות דיור (שכ"ד / משכנתא): _____

• יש לצרף תדפיס עו"ש של 3 חודשים אחרונים

ילדים:

שם: _____
גיל: _____
מס' נפשות: _____
המשפחה נמצאת בטיפול שירותי הרווחה הקהילתיים: כן / לא
מקבל סיוע: _____

שם העו"ס המטפל/ת: _____ כתובת: _____ טלפון: _____

מוכרת ליחידה להמשך טיפול של קופ"ח: כן / לא

מופנה למעון צ'ארלס קלור: כן / לא

הוגשה בקשה: _____ גימלת סיעוד תאריך: _____ גימלת נכות תאריך: _____

שר"מ _____ תאריך: _____ אחר: _____ תאריך: _____

דוח סוציאלי (ימולא ע"י עו"ס בלבד)

ידוע לי כי העובדת הסוציאלית פנתה לאגודה למלחמה בסרטן לסייע

שם מלא: _____ ת.ז. _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

חתימה _____ תאריך: _____

הריני מצהירה בזאת כי המבקש חתם בנוכחותי על ויתור סודיות

העו"ס המטפל