

**טופס למילוי ע"י  
המטפל/חברת כ"א**

לכבוד  
"וראייטי" ישראל,  
רחוב תבואות הארץ 3,  
תל אביב 6954627

הנדון: דיווח חודשי - שיטת לוואס (A.B.A) לחודש: \_\_\_\_\_, נספח לחשבונית מס מספר: \_\_\_\_\_,  
**לתשומת לב: אם הינך מבצע/ת גם הנחייה וגם טיפול, יש למלא טופס נפרד עבור ההנחייה וטופס נפרד עבור הטיפול.**

שם הילד/ה המטופל/ת: שם משפחה: \_\_\_\_\_, שם פרטי: \_\_\_\_\_  
 הגורם המגיש הבקשה (נא לסמן X במקום המתאים):  מטפלת  חברת כ"א  
 פרטי מגיש הבקשה לתשלום: שם: \_\_\_\_\_ מס' עוסק מורשה: \_\_\_\_\_  
 כתובת מגיש הבקשה (למשלוח התשלום): \_\_\_\_\_  
 טלפון מגיש הבקשה לתשלום: נייד (כולל קידומת): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, נייח (כולל קידומת): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 סוג הטיפול:  הנחייה,  טיפול (נא לסמן X במקום המתאים)  
 עלות טיפול בודד: \_\_\_\_\_ ש"ח. סה"כ אושר לחודש: \_\_\_\_\_ ש"ח.  
 סה"כ עלות חודשית { לפי ה.ה. המחיר שהוגשה (למילוי פנימי של המשרד) }: \_\_\_\_\_ ש"ח.  
 מקום ביצוע הטיפולים (נא לסמן X במקום המתאים):  בקליניקה של המטפלת /  בבית הילד/ה /  אחר \_\_\_\_\_.

מס'	תאריך	שעת התחלה	שעת סיום	הגורם שנכח בהנחייה (הורה/ילד/מטפל) (* יש לפרט שם המטפל)	חתימת ההורה (יש לחתום על כל שורה מדווחת)	הערות
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

סה"כ מס' טיפולים/הנחיות: \_\_\_\_\_

סה"כ הסכום לתשלום: \_\_\_\_\_ ש"ח (כולל מע"מ)

חתימת וחותמת המטפל/הורה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

- הערות: (1) יש לצרף: חשבונית מס מקורית בלבד, ע"ש 'וראייטי' ישראל (ע"ג החשבונית יש לציין את השם המלא של הילד/ה המטופל/ת וסוג הטיפול).  
 (2) כמו כן יש לצרף: אישור ניהול ספרים וניכוי מס במקור עדכניים (אם טרם נשלחו).  
 (3) על עמותות/חברות כ"א לצרף העתק מדף דיווח חודשי של העמותה/חברת כ"א, בנוסף לטופס דיווח זה.  
 (4) יש להקפיד למלא את דיווח הפעילות החודשית על גבי טופס זה, ולמלא את כל הנתונים.

טופס שלא יוגש באופן מלא, לא יאפשר לארגון 'וראייטי' ישראל להמשיך ולטפל בנושא התשלום.