

**טופס למילוי ע"י  
המטפל/חברת כ"א**

לכבוד  
 "וראיטי" 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: \_\_\_\_\_

סה"כ הסכום לתשלום: \_\_\_\_\_ ש"ח

\*כעוסק פטור אני מתחייב/ת כי הקבלה  
 תונפק לאחר קבלת התשלום מ"וראיטי" ישראל.

חותמת וחתימת מגיש הבקשה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

הערות: 1) יש לצרף אישורים עדכניים: אישור ניהול ספרים, אישור לצורך ניכוי מס, אישור עוסק פטור, אישור עמותה (אם טרם נשלחו).

2) יש להקפיד למלא את דיווח הפעילות החודשית על גבי טופס זה, ולמלא את כל הנתונים.

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