

## טופס פנייה לקבלת סיוע מ'וראייטי' ישראל

(3 עמודים)

### פרטי הילד/ה:

שם משפחה: \_\_\_\_\_, שם פרטי: \_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, מס' ת"ז: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_, טל' בבית: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(רחוב) (מס' בית) (עיר) (מיקוד)

שם ביה"ס בו לומד/ת: \_\_\_\_\_, בי"ס לחינוך מיוחד: **כן / לא**, שעת סיום הלימודים: \_\_\_\_\_  
האבחנה הרפואית: \_\_\_\_\_

האם הילד/ה מרותק/ת לכסא גלגלים? **כן / לא**, נעזר/ת בהליכון: **כן / לא**

אחוזי הנכות של הילד/ה: \_\_\_\_\_

מי במשרד הרווחה מטפל בענייני המשפחה? \_\_\_\_\_, טל: \_\_\_\_\_, טל' נייד: \_\_\_\_\_

שם קופת החולים: \_\_\_\_\_, ביטוח משלים? **כן / לא**, סוג הביטוח: \_\_\_\_\_

ביטוח רפואי נוסף: **כן / לא**, סוג הביטוח: \_\_\_\_\_

### מהות הפנייה והבקשה:

הבקשה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

העלות הכוללת של הבקשה: \_\_\_\_\_ ₪.

מתוך זה, השתתפות המשפחה: \_\_\_\_\_ ₪.

מתוך זה, השתתפות גורמים אחרים (כגון: איל"ן, קופ"ח, ביטוח משלים, משרד הבריאות ועוד), אנא פרטי:

1) הגורם: \_\_\_\_\_, סכום הסיוע: \_\_\_\_\_ ₪.

2) הגורם: \_\_\_\_\_, סכום הסיוע: \_\_\_\_\_ ₪.

3) הגורם: \_\_\_\_\_, סכום הסיוע: \_\_\_\_\_ ₪.

סה"כ: \_\_\_\_\_ ₪.

יתרת הסכום שחסרה עדיין להשלמת הרכישה/הטיפול: \_\_\_\_\_ ₪.

### פרטי ההורים:

שם האם: \_\_\_\_\_, שם האב: \_\_\_\_\_

מצב משפחתי: \_\_\_\_\_, בחזקת מי הילדים: \_\_\_\_\_

טל' בעבודת האב: \_\_\_\_\_, טל' בעבודת האם: \_\_\_\_\_

טל' נייד האב: \_\_\_\_\_, טל' נייד האם: \_\_\_\_\_

פקס: \_\_\_\_\_, דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_

**פרטי אחים/אחיות: נא לפרט: שם, ת. לידה, תעסוקה (של אחים מעל גיל 18):**

1. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

**הכנסות:**

מקום עבודת האב: \_\_\_\_\_ משכורת ברוטו \_\_\_\_\_ נטו \_\_\_\_\_  
 מקום עבודת האם: \_\_\_\_\_ משכורת ברוטו \_\_\_\_\_ נטו \_\_\_\_\_

האם המשפחה מקבלת קצבאות מהביטוח הלאומי (כגון: נכות, ניידות, ילדים, הבטחת הכנסה ועוד): **כן / לא**

1. אם כן, אילו: \_\_\_\_\_ הסכום: \_\_\_\_\_ ש, עבור: \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_ הסכום: \_\_\_\_\_ ש, עבור: \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_ הסכום: \_\_\_\_\_ ש, עבור: \_\_\_\_\_  
 4. \_\_\_\_\_ הסכום: \_\_\_\_\_ ש, עבור: \_\_\_\_\_  
 5. \_\_\_\_\_ הסכום: \_\_\_\_\_ ש, עבור: \_\_\_\_\_  
 6. \_\_\_\_\_ הסכום: \_\_\_\_\_ ש, עבור: \_\_\_\_\_

האם המשפחה מקבלת תמיכה/הכנסה נוספת מגורמים אחרים? (כגון: משפחה, שכר דירה, מקום עבודה נוסף וכו')

1. אם כן, אילו: \_\_\_\_\_ הסכום: \_\_\_\_\_ ש.  
 2. \_\_\_\_\_ הסכום: \_\_\_\_\_ ש.

**סה"כ ההכנסה החודשית: \_\_\_\_\_ ש.**

אם מדובר ברשלנות רפואית, האם הוגשה תביעה: **כן / לא**

אם כן, נא ציינו מהו הסכום שהתקבל/הוחלט: \_\_\_\_\_ ש.

אם התקבל סכום ביניים בזמן בירור התביעה, נא ציינו מהו הסכום: \_\_\_\_\_ ש.

אם הושגה פשרה, נא ציינו מהו הסכום שהוסכם: \_\_\_\_\_ ש.

**הוצאות:**

הדירה בבעלות: **כן / לא**, תשלומי משכנתא: **כן / לא**, ציין סכום חודשי: \_\_\_\_\_ ש.

שכר דירה, **כן / לא**, ציין סכום חודשי: \_\_\_\_\_ ש.

הוצאות חודשיות בגין מצבו/ה המיוחד של הילד/ה:

פירוט ההוצאה	עלות חודשית (ש)
סה"כ:	

הערות/הארות כלליות:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

פרטי ממלא/ת הבקשה:

שם: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

הערה: אם טופס זה מולא ע"י העובד/ת הסוציאלי/ת, נא לציין פרטים:

שם עו"ס: \_\_\_\_\_  
 טלפון נייד: \_\_\_\_\_  
 טלפון נייד: \_\_\_\_\_