



## הפניה לוועדת שיקום אזורית

### להלן הנחיות להפניה לוועדת שיקום. יש להקפיד על קריאת ומלוי כל ההנחיות.

ההפניה תכלול את הטפסים הבאים:

- ❖ פרטים אישיים (עמוד 2)
- ❖ דו"ח רפואי, ימולא ע"י הפסיכיאטר המטפל. נא לצרף סיכום מחלה. (עמוד 3-5)
- ❖ דו"ח סיעודי, לפניות מאשפוז (עמוד 6-7)
- ❖ סיכום פסיכוסוציאלי. (עמוד 8-10)
- ❖ הערכה תיפקודית. רצוי לצרף אבחונים רלוונטים. (עמוד 11-12)
- ❖ סיכום ונימוק המלצות הפונה והגורם המפנה. (עמוד 13-14)
- ❖ דיווח ממחלקת השיקום של הביטוח הלאומי (עמוד 20, ממולא וחתום ע"י המוסד לביטוח לאומי)
- ❖ דיווח קביעת נכות, אחוזי נכות וסעיפי הנכות (עמוד 21, ממולא וחתום ע"י המוסד לביטוח לאומי)
- ❖ טופס ויתור סודיות חתום. (עמוד 15)

#### נספחים

- ❖ בקשה לטיפול דנטלי (עמוד 16)
- ❖ בקשה לקרן שיקום (עמוד 17)
- ❖ טופס בקשה לחונך או סומך (עמוד 18-19)
- ❖ טופס בקשה לסיוע בשכ"ד (עמוד 22)

#### יש לצרף

- ❖ יש לצרף כל מסמך המאפשר הכרות נוספת את הפונה כגון: דו"ח מלשכות רווחה, או ממסגרות שיקומיות בעבר ובהווה.
- ❖ להפניה לדיור: אישור זכאות לסיוע בשכ"ד מטעם משרד השיכון, או התחיבות לתשלום שכ"ד ממקורות אחרים. במידה ועדין אין אישור, יש לצרף צלום של בקשה למשרד השיכון.

#### לתשומת לבכם

- ❖ יש למלא את כל הסעיפים בטפסים. הפניה לא מלאה או לא ברורה לא תובא לדיון לוועדת שיקום, עד השלמת הטפסים.
- ❖ על הפונה לצרף לפניה צילום תעודת הזהות. ללא צילום ת.ז. הפניה לא תובא לדיון.
- ❖ יש לצרף להפניה צילום של מנוי אפוטרופוסות. (כאשר יש אפוטרופוס)
- ❖ את עמודים 17-18 יש לשלוח למוסד לביטוח לאומי. את הטפסים המלאים יש לצרף בעת הגשת הפניה.
- ❖ לוועדת שיקום תוזמן גם משפחת הפונה (חוץ מבמקרה שהוא מתנגד).
- ❖ הצרכים הדנטלים של פונים לוועדות שיקום מתוך אשפוז ממושך של יותר משנתיים הם באחריות של המרכז לבריאות הנפש הפונה, ואינם זכאים לשירות זה דרך סל שיקום.

### על הגורם המפנה לשמור העתק של ההפניה, כולל כל הטפסים.



# פניה לוועדת שיקום אזורית

## פרטים אישיים

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
---------	----------	-----------

גיל	שם האב	גיל	שם האם	מספר	רחוב
מקצוע	מקצוע	מיקוד	טלפון	ישוב	

הוגשה בקשה למשרד השיכון	זכאות לסיוע משרד השיכון	שנת לידה	מין
כן / לא	כן / לא	שנת עליה	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
סיבה להעדר אישור זכאות		ארץ לידה	

<b>שירות צבאי</b> 1 מלא - מתאריך _____ 2 חלקי מס' חודשים _____ 3 מילואים כיום? כן / לא 4 לא רלוונטי	<b>השכלה</b> (סמן את כל האפשרויות) 1 יסודית 2 תיכונית 3 על תיכונית (לא אקדמאית) 4 אקדמאית 5 קורס מקצועי 6 ישיבה 7 חסר השכלה סה"כ שנות לימוד _____	<b>ילדים</b> מתחת לגיל 18 _____ מעל גיל 18 _____ סה"כ _____	<b>מצב משפחתי</b> 10 רווק 20 נשוי 21 נשוי/נפרד 30 גרוש 40 אלמן 99 לא ידוע	<b>מגורים נוכחיים</b> 1 עצמאי / לבד 2 עם משפחה 3 עם בן/בת זוג 4 דיור לוויין 5 דיור מוגן רגיל 6 ד. מוגן מתוגבר 7 הוסטל רגיל 8 הוסטל מתוגבר 9 הוסטל לצעירים 10 הוסטל כוללני 11 אשפוז 12 חסר דיור
---	---	--	---	--

<b>אפטרופוס</b> 1 אין 2 קטין 3 לגופו 4 לרכושו 5 לגופו ורכושו 6 בתהליך מינוי	<b>מקבל הקצבה / אפטרופוס</b> שם _____ כתובת _____ טלפון _____ סוג קירבה _____	<b>הכנסות הפונה</b> סה"כ הכנסת הפונה לחודש (נטו) _____ מקורות פרנסה אחרים _____ נכסים בבעלות הפונה _____ קצבת שר"מ _____ %	<b>הופנה למחלקת שיקום בבטי"ל</b> כן / לא תאריך הפניה _____ / _____ / _____ פנה לקבלת שר"מ? כן / לא תאריך הפניה _____ / _____ / _____	<b>ביטוח לאומי</b> תאריך קביעת נכות _____ / _____ / _____ % נכות לפי סעיף 33 _____ % נכות לפי סעיף 34 _____ סה"כ % נכות נפשית _____
---	---	--	--	---

<b>חברות בקופ"ח</b> 1 כללית 2 לאומית 3 מכבי 4 מאוחדת 5 שילוח 6 צה"ל 7 אחר 8 אין ביטוח 9 לא ידוע	<b>בזמו ההפניה לוועדת שיקום מחוזית הפונה: (סמו בעיגול)</b> מאושפז _____ בקהילה (כולל אשפוז יום) _____	שם וסוג היחידה המפנה _____ סמל היחידה המפנה _____	<b>שם ממלא הטופס</b> <b>מקום עבודה</b> תאריך _____
--	---	--	--



שם פרטי

שם משפחה

מספר זהות

למילוי ע"י הפסיכיאטר המטפל. יש לצרף גם סיכום מחלה.

1. תולדות המחלה

Five horizontal lines for writing the patient's medical history.

2. אבחנה ( במלים לטיניות ומס' לפי ICD - 10 )

A grid of five boxes for entering the ICD-10 diagnosis code.

3. אשפוזים : ( אשפוז מלא )

❖ סה"כ מספר אשפוזים \_\_\_\_\_

❖ תאריך אשפוז ראשון \_\_\_\_\_ משך האשפוז \_\_\_\_\_ בית חולים \_\_\_\_\_

❖ תאריך אשפוז אחרון \_\_\_\_\_ משך האשפוז \_\_\_\_\_ בית חולים \_\_\_\_\_

❖ אורך האשפוז הנוכחי במידה והפונה מאושפז בזמן הפניה \_\_\_\_\_

- א4. האם המטופל היה מאושפז באשפוז הנוכחי בצו אשפוז ?
  - ב4. האם המטופל היה מאושפז באשפוז הנוכחי בהוראת אשפוז ?
  - ג4. האם המטופל היה מאושפז בעבר בצו אשפוז ?
  - ד4. האם המטופל היה מאושפז בעבר בהוראת אשפוז ?
  - ה4. האם המטופל שהה במחלקה סגורה בשנתיים האחרונות ?
- כן/ לא
- כן/ לא
- כן/ לא
- כן/ לא
- כן/ לא

אם התשובה חיובית באחת או יותר מהאפשרויות, יש לפרט סיבות האשפוז הכפוי, מספר האשפוזים הכפויים, ומשך זמן האשפוזים הכפויים.

Three horizontal lines for providing details on compulsory hospitalizations.

5. שם המסגרת הנוכחית לטיפול ולמעקב תרופתי

One horizontal line for the name of the current treatment and medication follow-up institution.



6. א הרכב התרופות הפסיכיאטריות שהפונה מקבל, נכון לתאריך כתיבת דו"ח זה.

---

---

---

6. ב. האם ידוע לך על בעיות מיוחדות בקשר לטיפול תרופתי, תופעות לוואי, רגישות בעבר, או בזמן שהפונה בטיפולך ?

6. ג. האם הפונה עצמאי בלקיחת תרופות ?

כן	לא	הולך לבדו לקבל מרשם
כן	לא	נוטל תרופות באופן סדיר בלי תזכורת
כן	לא	האם הפונה צריך השגחה בנטילת תרופות
כן	לא	האם הפונה מכיר את התרופות שהוא לוקח

6. ד. האם קיימת התמכרות לתרופות ?

7. האם הפונה מגיע באופן סדיר לפגישות המעקב ? באיזו תדירות ? באיזו מידה משתף פעולה ?

---

---

8. א. האם ידוע לך על שימוש בסמים או אלכוהול ?

ב. אם כן, אילו סמים ?

ג. תדירות השימוש ?

ד. כמות ?

ה. מתי הפונה השתמש בסמים או אלכוהול לאחרונה ?

ו. האם היו נסיונות לגמילה ?

---

---

---

9. האם בחצי השנה האחרונה היו התפרצויות של אלימות פיזית או מילולית ? אם כן נא לפרט

---

---



10. האם היו ניסיונות אובדניים בעבר ? אם כן, מתי, ובאיזה אופן?

---

---

11. האם ידוע לך על מחשבות אובדניות

---

---

12. מהם הסימנים המקדימים להידרדרות במצב הנפשי?

---

---

13. האם יש תופעות גרסיביות והתנהגויות חריגות אופייניות ?

---

---

14. האם הפונה סובל ממחלות גופניות, מדבקות או אחרות ( כינמת, היפטיטיס A,B,C, סקאביאס, AIDS, שחפת פעילה, מחלות מין) וזקוק לטיפולים/תרופות ? פרט. נא לצרף כל סיכום מחלה ו/או בדיקות רלוונטיות למצב הפיזי של הפונה. כמו כן פרט אם יש מסגרות רפואיות אחרות שהפונה מטופל בהן .

---

---

---

---

---

---

15. סטאטוס פסיכיאטרי נוכחי :

---

---

---

---

---

---

---

---



16. אם הפונה זקוק לטיפול דנטלי, נא למלא את הטופס לטיפול דנטלי

שם הרופא:	_____	חתימה חותמת	_____
מקום עבודה:	_____	תאריך:	_____



## דו"ח סיעודי

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
---------	----------	-----------

דו"ח סיעודי ימולא רק במידה והפונה נמצא במסגרת אשפוז בזמן ההפניה

### ניידות

- הולך חופשי ללא סיוע מכשירים או אדם
- נע בעזרת מכשיר ( מקלה/הליכון/כסא גלגלים )

### הלבשה

- עצמאית
- זקוק לסיוע קל ( הנעלה , כיפתור )
- זקוק לסיוע, או דרבון, או עזרה מלאה בהחלפה ובחירה של לבוש נקי ותואם

### אכילה

- עצמאית
- באופן אסתטי
- רגיל לאכול בכל ארוחה ?
- הרגלי אכילה מיוחדים ?
- פרט

---

---

---

### רחצה

- עצמאית
- זקוק לעזרה חלקית, דרבון והדרכה בביצוע, כולל גילוח או חפיפה
- תלות מלאה ברחצה ; זקוק לעזרה פיזית ונוכחות ברחצה

### שליטה על סוגרים

- מלאה
- חלקית ; שלפוחית מעיים
- ללא שליטה

### קשר עם הסביבה

- מדבר/ת רגיל
- דובר עברית כן לא אם לא איזו שפה מדבר ו/או מבין \_\_\_\_\_
- אינו מדבר בצורה שוטפת
- אינו מדבר בצורה ברורה
- יוזם קשר עם מטופלים אחרים
- הפונה נעזר בצוות. פרט \_\_\_\_\_
- האם הפונה משתתף בקבוצות במחלקה ? פרט \_\_\_\_\_



## ראיה

- תקינה
- זקוק למשקפים
- סיבות הגורמות לליקוי כלשהו בראיה (גלוקומה, עיוורון מסכרת וכו')

## שמיעה

- תקינה
- חרש
- כבד שמיעה
- משתמש במכשיר שמיעה

## התמצאות

- התמצאות טובה בזמן ובמקום
  - התמצאות חלקית, פרט \_\_\_\_\_
  - חוסר התמצאות, פרט \_\_\_\_\_
  - חוסר שיפוט הדורש השגחה או נוכחות של צוות מטפל 24 שעות ביום
  - צורך בדברון והשגחה לביצוע פעילויות חיוניות בבית כמו: ניקיון, ניהול כספים ותקציב, שמירה על היגיינה, הכנת מזון ושימוש במכשירי חשמל ביתיים?
- פרט \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## שינה

- האם יש בעיות שינה?
  - כיצד הפונה נוהג לקום בבוקר? פרט \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## תעסוקה פנאי

- האם הפונה משתתף בפעילויות עד הצהריים?
- האם הפונה משתתף בפעילויות אח"ה?
- האם הפונה משתתף בפעילויות לאורך כל היום?

שם ממלא/ת הטופס \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

מקום עבודה \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_

מספר טלפון \_\_\_\_\_ תאריך מילוי הטופס \_\_\_\_\_





# פניה לוועדת שיקום אזורית

## סיכום פסיכוסוציאלי

שם פרטי

שם משפחה

מספר זהות

סיבות ההפניה לסל שיקום

רקע משפחתי בן/בת זוג, ילדים, הורים, אחים ואחיות, מיקום במשפחה, טיב הקשר בין הפונה למשפחתו

היסטוריה התפתחותית

שימוש בסמים ואלכוהול (בהווה ובעבר)

פרט במה משתמש?

תדירות השימוש?

מתי השתמש בפעם אחרונה בסמים או באלכוהול?

כמות?

ניסיונות לגמילה?



## **ניסיון קודם בשירותי שיקום :**

אילו מסגרות ; מתי , מה הסיבה לסיום התקשרות עם אותן מסגרות ( נא לצרף דוחות רלוונטים )

---

---

---

---

**היסטוריה תעסוקתית : משך תקופות העבודה, , הרגלי עבודה, יחס לעבודה, התנהגות בין אישית**

---

---

---

---

---

**כיצד הפונה מבלה את שעות הפנאי ?**

---

---

---

**באיזו מידה קיימת מוטיבציה לשיקום ?**

---

---

---

**כיצד מתבטאת מוטיבציית הפונה לשיקום ?**

---

---

---

**העדפות מיוחדות של הפונה.**

---

---

---

**מידת השתתפות הפונה בהכנת ההפניה**

---

---

---

**באיזו מידה שותפה המשפחה בתוכנית השיקומית ומה עמדתה לגבי ההפניה ? ( תומכת, מתנגדת, לא מעורבת, אין משפחה)**

---

---

---



האם קיימים גורמי תמיכה נוספים למשפחה?

מה הם המשאבים הכספיים העומדים לרשות הפונה? (נכסים, כספים, הכנסה חודשית, ניירות ערך וכו')

מידת הקשר בין הפונה לכותב/ת הסיכום הפסיכוסוציאלי (מטפל עיקרי; זמן ההכרות; תכיפות הקשר)

נא להוסיף פרטים רלוונטים נוספים.

שם ממלא הטופס	_____	חתימה: _____
מקום עבודה	_____	תפקיד _____
מספר טלפון	_____	תאריך מילוי הטופס _____



הערכה תפקודית

הערה : ההערכה התפקודית תתבסס על היכולת של הפונה בתקופה בה מולא הטופס

**מפתח לציון ההערכה :**  
 עצמאי בביצוע הפעולה  
 זקוק לעידוד לביצוע הפעולה, אך יש לו הידע לבצעה  
 זקוק להדרכה לבצע את הפעולה  
 מוגבל בביצוע הפעולה

1
2
3
4

הערכה ע"י המפנה				הערכה ע"י הפונה				
4	3	2	1	4	3	2	1	
<b>היגיינה אישית</b>								
								דואג ללבוש נקי
								דואג ללבוש הולם
								רחצה /היגיינה אישית
								דואג לטיפוח עצמי
<b>סיכום :</b>								
<b>משק בית</b>								
								עורך קניות
								מכין ארוחות
								דואג לניקיון כללי
								משתמש במכשירי חשמל ביתיים ( כגון : מכונה כביסה )
								מזמין שירות לביתו ( כגון : לצורך תיקונים )
								מסוגל לקיים קשר עם שכנים
<b>סיכום :</b>								
<b>ניידות והתמצאות בסביבה</b>								
								מתמצא בקהילה
								מתמצא בסביבת מקום המגורים
								משתמש בתחבורה ציבורית
								מתמצא בשירותים בקהילה
<b>סיכום :</b>								
<b>תפקוד תעסוקתי</b>								
								מתמיד בתעסוקה
								מקבל סמכות
								מבין ומבצע הוראות
								מבין ומבצע עבודות רב שלביות
								הרגלי עבודה ( מגיע בזמן )
<b>סיכום :</b>								
<b>ניהול כספים</b>								
								מבין משמעות של כסף
								מנהל תקציב
								משלם חשבונות
								משלם תשלומים קטנים
<b>סיכום :</b>								



מיומנויות חברתיות	הערכה ע"י הפונה	הערכה ע"י המפנה
יוזם קשר עם אדם אחר	כן/לא	כן/לא
מעורב בפעילויות קבוצתיות	כן/לא	כן/לא
מגיב לפניית של אחרים	כן/לא	כן/לא
יכול לקיים קשר חברותי	כן/לא	כן/לא
חברים משמעותיים	כן/לא/3/2/1/יותר	כן/לא/3/2/1/יותר
<b>סיכום:</b>		

מיומנויות שעות הפנאי	באיזה פעילויות פנאי את/ה משתתף ?	באיזה תדירות את/ה משתתף בפעילויות אילו?
צופה בטלוויזיה		

הולך לקולנוע		
הולך למסעדות		
שומע מוסיקה		
עוסק בפעילויות ספורט		
משתתף בחוגים בקהילה		
יוצא לטיולים		
הולך למועדונים		
הולך לבית כנסת		
יוצא לגן ציבורי		
קורא ספרים		
אחר, פרט		
עוסק במלאכת יד בבית		
עוסק באומנות בבית		

שם ממלא הטופס \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

מקום עבודה \_\_\_\_\_

מספר טלפון \_\_\_\_\_ תאריך מילוי הטופס \_\_\_\_\_



# פניה לוועדת שיקום אזורית

טופס המלצות הפונה והמפנה והחלטת ועדת השיקום

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
מספר החלטה	תאריך שני החלטה	תאריך קבלת הפניה
		תאריך החלטה

נא לציין ב X את המסגרת המומלצת ולנמק בדף הבא			החלטת הועדה		
	המפנה	הפונה	אישור	דחייה	אישור לתקופה (יש לציין את תקופת האישור)
ד י ו ר	78012	דיר לווין			
	99343	דיר מוגן רגיל			
	99354	דיר מוגן מתוגבר			
	99346	הוסטל רגיל			
	99345	הוסטל מתוגבר			
	78011	הוסטל כוללני			
	78006	סיוע חליפי בשכ"ד			
	78007	תוספת לשכ"ד			
ת ע ס י ק ה	99353	מרכז שיקום : אבחון			
	99359	מרכז שיקום : תהליך שיקום			
	99352	מפעל מוגן			
	78013	תעסוקה נתמכת			
	99358	יחידת תעסוקה ושיקום בקהילה			
	99351	מועדון תעסוקתי			
	99348	מועדון לנוער			
	99350	מועדון מבוגרים			
	78014	שירותי סמך			
	78026	חונכות			
	99347	נופשון			
	78019	השלמת השכלה			
	78015	שירות תמיכה למשפחות			
	99355	מתאם טיפול			
	78009	טיפול שיניים			

מפתח לציון דחייה : (1) פחות מ 40% נכות (2) חוסר שיתוף פעולה של הפונה (3) שימוש בסמים ואלכוהול (4) אי בשלות לתוכנית המומלצת

חתימת הפונה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

שם האחראי למימוש התוכנית \_\_\_\_\_ מספר טלפון \_\_\_\_\_

מספר פהס' \_\_\_\_\_ מקום עבודה \_\_\_\_\_

**נוכחים בוועדה**  
(הפונה, משפחה, אפטרופוס, המפנה)

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_

**חברי הועדה חתימה**

שם	
1	
2	
3	

הערות הועדה :



נימוקי המלצות המפנה / דו"ח מסכם

נימוקי המלצות הפונה

חתימה הפונה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

חתימה הגורם המפנה \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

נימוקי החלטת הועדה :

חתימת רכז שיקום \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_



# פניה לוועדת שיקום אזורית

## טופס ויתור סודיות

1. נא לצלם דף זה על ניר פירמה של הגורם המפנה.
2. יש לצרפו להפניה לרכז השיקום.
3. לצרף צילום של מנוי אפוטרופוס.

אני הח"מ \_\_\_\_\_ בעל ת.ז. מס' \_\_\_\_\_  
נותן בזאת ל \_\_\_\_\_  
למסור ל \_\_\_\_\_  
את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובכל אופן שידרוש המבקש על מצב בריאותי או שיקומי או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או אני חולה בה כיום, או כל מידע אחר.  
אני משחרר את \_\_\_\_\_ משמירת סודיות רפואית, וחובת ההגנה על פרטיותי בכל הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או מחלותי או מידע כאמור ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

כתב ויתור סודיות זה יהיה בתוקף שנה מיום חתימתו אלא אם כן נמסרה הודעה בכתב.

חתימה

תאריך

### אפוטרופוס

### עד לחתימה

שם משפחה	_____	שם משפחה	_____
שם פרטי	_____	שם פרטי	_____
קירבה	_____	תפקיד	_____
כתובת	_____	חתימה	_____
מס' טל'	_____	תאריך	_____
חתימה	_____		
תאריך	_____		

שם מסגרת המפנה \_\_\_\_\_

חותמת מסגרת המפנה \_\_\_\_\_





## טופס הפניה לטיפול דנטלי לזכאי סל שיקום

שם פרטי

שם משפחה

מספר זהות

הערות לטופס :

על הגורם המפנה לדאוג למילוי טופס זה ולצרפו להפניה לועדת השיקום האזורית.  
לאחר אישור הועדה אפשר להפנות את המשתקם לטיפול במרפאת שניים . ראה רשימה מצורפת

מצב נפשי : [ ] שקט [ ] לא שקט

שיתוף פעולה : [ ] כן [ ] לא [ ] חלקי

מחלות מדבקות [ ] כן [ ] לא (נא לפרט) \_\_\_\_\_

מחלות גופניות : ( סכרת , יתר לחץ דם , בעיות בקרישה ) \_\_\_\_\_

אלרגיות : כן לא (נא לפרט) \_\_\_\_\_

תרופות ( שם ומינון ) \_\_\_\_\_

שם הרופא \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ מקום עבודה \_\_\_\_\_

לכבוד :

מנהל/ת המחלקה לשירותים חברתיים

מנהל מרפאת השיניים

במסגרת סל שיקום אושר טיפול דנטלי עבור :

שם \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_

נא למלא את הטופס "בקשה לטיפול דנטלי : זכאי סל שיקום" , המפרט את תוכנית הטיפול, ולשלוח בצרוף צילומים , לאגף לבריאות השן, רכז שירות דנטלי לזכאי סל שיקום, משרד הבריאות, רח' בן טבאי 2 י-ם .  
אישור התוכנית ישלח למרפאה .  
עם גמר הטיפול יש למלא " טופס גמר טיפול " ולשלוח לכתובת הנ"ל .

רכז שיקום מחוזי \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

טלפון \_\_\_\_\_



טופס פניה לקרן שיקום לזכאי סל שיקום

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

שם תואר הגורם המפנה \_\_\_\_\_  
 מקום עבודה וכתובת (מדויקת) \_\_\_\_\_  
 מס' טלפון \_\_\_\_\_ פלאפון \_\_\_\_\_ מס' פקס \_\_\_\_\_

יש לצרף צילום של :

1. הסיכום הפסיכוסוציאלי מתוך הפניה לועדת השיקום
2. דו"ח רפואי מתוך הפניה לועדת השיקום
2. צלום תעודת זהות של הפונה
3. צילום החלטת הועדה

יש לשלוח את החומר לגב' ברכה אנגלרד , מרכזת קרו שיקום משרד הבריאות, רח' הארבעה 12 תל אביב, 64739

פירוט הבקשה ( לפי סדר עדיפות , אין צורך לציין עלות)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

הצעות מחיר יש לצרף רק במקרים מיוחדים כגון : מחשב, קורסים, פלדלת, סורגים או שיפוץ דירה.

לבריורים נא לפנות לכרמלה לב 03-5634717 בין השעות 10:00-12:00 בלבד

טופסי הפניה לקרן שיקום לזכאי סל שיקום חייב להיות חתום ע"י רכז/ת שיקום המחוזי.

אין לשלוח את חומר הפניה בפקס

חתימה המפנה \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

אישור רכז/ת שיקום אזורית

הנ"ל \_\_\_\_\_ מ.ז. \_\_\_\_\_

עבר/ה ועדת שיקום אזורית בתאריך \_\_\_\_\_ נמצא/ה זכאי/ת לסל שיקום.

חתימה וחותמת רכז/ת שיקום אזורית/ת

תאריך



## טופס בקשה לשירות חונך

על מנת להתאים לפונה חונך מתאים, נא למלא את הטופס ולצרפו להפניה לוועדת השיקום

שם \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

ישוב \_\_\_\_\_

גיל \_\_\_\_\_

מין \_\_\_\_\_

שפה \_\_\_\_\_

תחומים שבהם הפונה זקוק לקבל עזרה ע"י חונך

בתחום הדיור ( קשר עם דיירי הבית, קשר עם ועד הבית )

בתחום התעסוקה ( השכמה בבוקר, התמדה במקום עבודה, אסרטיביות )

בתחום חברה ופנאי ( מציאת תחומי עניין אישיים, העשרה של הזמן הפנוי, רכישת השכלה כללית )

העצמה ( עזרה בנגישות למידע, הנחיה למצוי זכויות, התחברות עם ארגוני צרכנים ואסרטיביות )

ליווי כלכלי ( עזרה באיזון וחלוקה של תקציב, ניהול חשבון בנק )

אחר \_\_\_\_\_



## טופס בקשה לשירות סומך

על מנת להתאים לפונה סומך מתאים, נא למלא את הטופס ולצרפו להפניה לוועדת השיקום

שם \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

ישוב \_\_\_\_\_

גיל \_\_\_\_\_

מין \_\_\_\_\_

שפה \_\_\_\_\_

תחומים שבהם הפונה זקוק לקבל עזרה ע"י סומך

לזוי אינטנסיבי בתקופת מעבר

קניות

ניהול משק בית

היגיינה אישית

היגיינה סביבתית

אחר \_\_\_\_\_



## פניה לביטוח לאומי: מחלקת שיקום

1. נא לצלם דף זה על נייר פירמה של הגורם המפנה ולשלוח לסניף המוסד לביטוח לאומי באזור.
2. יש לצרף העתק של ויתור סודיות. במידה ויש אפוטרופוס יש לצרף צלום של מנוי האפוטרופוס.

תאריך \_\_\_\_\_

לכבוד

מנהל/ת מחלקת השיקום

המוסד לביטוח לאומי

סניף \_\_\_\_\_

שלום רב,

**הנדון: שירותי שיקום**

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

הופנה/תה לועדת שיקום אזורית בתחום ברה"נ.  
אודה לך על העברת המידע בדחיפות לצורך הגשתו לסל שיקום

בברכה

שם המטפל \_\_\_\_\_

שם המסגרת המפנה \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

מס' פקס \_\_\_\_\_

הני"ל טופלה/ ע"י מחלקת השיקום כן  לא  שנה \_\_\_\_\_

במידה וטופלה/ אודה על צירוף דו"ח קצר על התכניות שאושרו ל/ה בעבר, תארכי האישור וכן פרטים על טיפולכם בו.

---

---

---

---

---

---

---

---

חתימה מנהל/ת מחלקת שיקום  
המוסד לביטוח לאומי



פניה ביטוח לאומי : נכות כללית

1. נא לצלם דף זה על ניר פירמה של הגורם המפנה ולשלוח לסניף המוסד לביטוח לאומי באזור.
2. נא לצרף העתק של ויתור סודיות לבקשה. במידה ויש אפוטרופוס לצרף צלום של מנוי האפוטרופוס

תאריך \_\_\_\_\_

לכבוד

רכז/ת נכות כללית

המוסד לביטוח לאומי

סניף \_\_\_\_\_

שלום רב,

**הנדון: אחוז נכות נפשית**

מר/גב' \_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_ הופנה/תה לוועדת שיקום אזורית בתחום ברה"נ.

אודה לך על העברת המידע כדלהלן עד תאריך \_\_\_\_\_ לכתובת הרשומה למטה.

בברכה,

שם המטפל \_\_\_\_\_

שם המסגרת המפנה \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

מס' פקס \_\_\_\_\_

שם פרטי

שם משפחה

מספר זהות

א. הנ"ל הגישה/תביעה לקבלת קצבת נכות כן  לא  שנת הגשת התביעה \_\_\_\_\_

ב. לנ"ל אושרה קצבת נכות מתאריך \_\_\_\_\_ . אחוזי הקצבה \_\_\_\_\_

ג. סעיפי הנכות הנפשית ( הקיף בעיגול ) 33 34

ד. אחוזי נכות נפשית \_\_\_\_\_ % סעיפי נכות אחרים \_\_\_\_\_ % סה"כ אחוזי נכות \_\_\_\_\_ %

ה. לנ"ל לא אושרה קצבת נכות.



## בקשת דייר לסייע בשכר דירה

טופס זה מיועד לאדם בדירור מוגן, בדירה בה הוא חתום על חוזה השכירות מול בעל הבית.

1. שם: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_
  2. מקבל שרות דיור מוגן במסגרת עמותה/חברה/יזום: \_\_\_\_\_ - צרף אישור מנהל המסגרת.
  3. כתובת הדירה: \_\_\_\_\_
  4. מספר חדרי השינה: \_\_\_\_\_
  5. האם בנוסף לחדרי השינה יש בדירה סלון? \_\_\_\_\_
  6. מספר הדיירים: \_\_\_\_\_
  7. שכר הדירה שהינך מתבקש לשלם ע"פ החוזה: \_\_\_\_\_ צרף צילום החוזה.
  8. סכום הסיוע המבוקש: \_\_\_\_\_ נמק: \_\_\_\_\_
  9. האם הינך מקבל סיוע ממושרד השיכון? \_\_\_\_\_
  10. אם אינך מקבל; מדוע? (פרט תהליכי הפניה למשרד השיכון, הגשת ערעורים וכל פעולה נוספת שננקטה. צרף צילום כל המסמכים הנוגעים בדבר).  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  11. האם מונה לך אפוטרופוס? \_\_\_\_\_ - אם כן, צרף צילום הצו וכתובתו של האפוטרופוס.
  12. האם מונה לך "מקבל קיצבה"? \_\_\_\_\_ - אם כן – פרט שמו וכתובתו.
  13. אם יש בבעלותך רכוש כלשהו (כגון כספים בחשבונות חסכון, הכנסות מהארץ או מחו"ל, זכות בעלות (מלאה או חלקית) בדירה או בקרקע וכו')? פרט: \_\_\_\_\_
  14. פרט הכנסתך החודשית מכל המקורות (כולל קיצבה) \_\_\_\_\_
- הריני מצהיר כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הם נכונים ומלאים ואני מתחייב בזאת לדווח לרכז השיקום המחוזי על כל שינוי במצבי הכלכלי או בנתונים שפורטו במסמך זה.

\_\_\_\_\_ חתימת הדייר

\_\_\_\_\_ תאריך

במקרה שלדייר יש אפוטרופוס יחתום האפוטרופוס על ההצהרה הבאה:

בקשה זו מוגשת על ידי בשם מר/גב' \_\_\_\_\_ בתוקף תפקידי כאפוטרופוס.

הריני מצהיר כי הפרטים המופיעים בטופס זה הם נכונים ומלאים למיטב ידיעתי ואני מתחייב בזאת לדווח לרכז השיקום המחוזי על כל מידע חדש שיגיע אלי בקשר למצבו הכלכלי של הנ"ל או על שינוי בנתונים שפורטו במסמך זה.

כאשר יש אפוטרופוס:

שם האפוטרופוס: \_\_\_\_\_ חתימת האפוטרופוס: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ תאריך



להלן רשימת כתובות לשליחת טפסי הפניה לועדת שיקום אזורית

מחוז צפון

יוסי קנטופסקי  
לשכת בריאות מחוז צפון  
לשכת פסיכיאטר המחוזי/אזורי  
רח' המלאכה 3  
נצרת 17000  
מס' טלפון 04-6557876/8  
מס' פקס 04-6470443

מחוז חיפה

גב' מוריה טייג  
גב' גיתית רינות  
לשכת הבריאות מחוז חיפה  
לשכת פסיכיאטר המחוזי/אזורי  
רח' הפרסים 15  
חיפה ת.ד. 9526 מיקוד 35055  
מס' טלפון 04-8619809  
מס' פקס 04-8619777

מחוז מרכז

גב' רונית דודאי  
גב' דינה ברק  
לשכת הבריאות מחוז מרכז  
לשכת פסיכיאטר המחוזי/אזורי  
קירית הממשלה  
רח' הרצל 91  
רמלה  
מס' טלפון 08-9788616/7/8  
מס' פקס 089788619

מחוז תל אביב

גב' מירית כנעני  
גב' שרה קריאל  
לשכת הבריאות מחוז תל אביב  
לשכת פסיכיאטר המחוזי/אזורי  
רח' הארבעה 12  
תל אביב  
מס' טלפון 03-5634810  
מס' פקס 03-5620567

מחוז ירושלים

גב' פמלה פרלמן  
לשכת פסיכיאטר המחוזי/אזורי  
בי"ח כפר שאול  
ת.ד. 6358  
ירושלים 91060  
מס' טלפון 02-6551419/20  
מס' פקס 02-6525136

מחוז דרום

גב' מילי נווה  
לשכת הבריאות מחוז דרום  
לשכת פסיכיאטר המחוזי/אזורי  
רח' החלוץ 136  
באר שבע ת.ד. 10050 מיקוד 84001  
מס' טלפון 08-6282450  
מס' פקס 08-6282438



STATE OF ISRAEL  
MINISTRY OF HEALTH

"YEHUDA ABARBANEL" MENTAL HEALTH  
CENTER  
Affiliated to the Sackler school of Medicine  
Tel-Aviv University



מדינת ישראל  
משרד הבריאות

המרכז הרפואי לבריאות הנפש  
ע"ש "יהודה אברבנאל"  
מסונף לביה"ס לרפואה ע"ש "סאקלר"  
אוניברסיטת תל-אביב

מנהל המרכז: ד"ר יהודה ברוך

פניית סל שיקום

הבקשה לוועדה הנוכחית (סמן):

פניה חדשה / (פניה חוזרת) שינוי החלטה / (פניה חוזרת) הארכת שירות

במידה ומדובר בפניה חוזרת:

תאריך בו התקיימה הועדה הקודמת (חודש ושנה) \_\_\_\_\_

שירותי שיקום שאושרו בוועדה הקודמת \_\_\_\_\_

הועדה התקיימה במעמד רכזת סל שיקום (סמן):

שרה קריאל / מירית כנעני / אחר \_\_\_\_\_

שם המטופל \_\_\_\_\_

שם המטפל ומחלקה \_\_\_\_\_

מספר טלפון פנימי \_\_\_\_\_

טלפון סלולרי \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_