**טופס בקשה לביצוע מבחן הערכת תלות**  תאריך\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

נספח א' לנוהל 9.2.0005

**לשימת ליבכם, ניתן למלא טופס זה באופן מקוון באתר רשות האוכלוסין**

1. **פרטים אישיים של המטופל**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| מ"ז |  | שם משפחה |  | שם פרטי |  | מצב משפחתי |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| תאריך לידה |  | שם האב |  | מין |  | תאריך עליה |  | / |  | / |  |
| שפות דיבור: |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| קופת חולים: |  | כללית |  | מאוחדת |  | מכבי |  | לאומית  |  | אחרת |  |

הכתובת בה גר(ה) המטופל(ת):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| רחוב |  | מספר בית |  | כניסה |  | דירה |  | ישוב |  |
| מיקוד |  | מספר טלפון |  | מספר טלפון נייד |  |
| כתובת דואר אלקטרוני |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| נמצא/ת כעת ב: |  | בכתובת הנ"ל |  | בית חולים, פרט |  | תאריך שחרור |  | / |  | / |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | בכתובת אחרת אצל, פרט |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| האם גר(ה) במסגרת מוסדית: | לא  |  | כן |  |

1. **מטפל עיקרי לתאום ביקור**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| שם משפחה |  | שם פרטי |  | הקשר למטופל/ת |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| טלפון |  | טלפון נייד |  |

כתובת דוא"ל \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ג.כתובת לתאום ולמשלוח מכתבים**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| שם משפחה |  | שם פרטי |  | הקשר למטופל/ת |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| רחוב/ שכונה |  | מספר |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ישוב |  | מיקוד |  | טלפון |  | טלפון נייד |  |

**ד.האנשים שגרים עם המטופל**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | מ"ז | שם משפחה | שם פרטי | יחס קירבה | שנת לידה | עיסוק |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |

**ה.תפקוד בפעולות היום יום (סמן בכל אחד מהתפקודים את האפשרות המתאימה:
עצמאי או זקוק לעזרה)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| תפקוד | עצמאי | זקוק לעזרה | אם זקוק לעזרה, פרט סוג עזרה |
| ניידות בבית |

|  |
| --- |
|  |

 |

|  |
| --- |
|  |

 |  |
| הלבשה |

|  |
| --- |
|  |

 |

|  |
| --- |
|  |

 |  |
| רחצה |

|  |
| --- |
|  |

 |

|  |
| --- |
|  |

 |  |
| אכילה |

|  |
| --- |
|  |

 |

|  |
| --- |
|  |

 |  |
| טיפול בהפרשות |

|  |
| --- |
|  |

 |

|  |
| --- |
|  |

 |  |

 **לבקשה יש לצרף את המסמכים הבאים:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **מצ"ב אישור על תשלום השלמת אגרת בקשה להעסקת עובד זר- מבחן תלות ע"ס 320 ₪ .** |
|  | **מצ"ב סיכום מידע רפואי ממולא ע"י רופא ומודפס.** |
|  |  **מצ"ב סיכום מחלה מאשפוז (במידה והיה במהלך שלושת החודשים האחרונים).** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **שם משפחה** |  | **תאריך** | **\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_חתימה** |  |