

מסמכים לצורך קבלת קוד לדייר ולבן זוגו:

1. נסח טאבו לדירה בבעלותם. אפשר להוציא באינטרנט עם פרטים גוש וחלקה מהארנונה.

2. אישור על קצבת זקנה מבטל"א לשניהם מתקשרים *6050 ומבקשים שישלחו לכם הביתה.

3. מהבנק ריכוז יתרות:
לתאריך של היום
ולתאריך ה – 31/12/2017

4. מהבנק שלושה חודשים אחרונים דפי עו"ש.

5. אישור על גובה המשכנתא אם יש ועל ארנונה אם יש בן זוג?

6. להחתים ע"י עורך דין את הטופס, אפשרי שהבן או הבת יחתמו במקום הדייר.



משרד הבריאות

טופס 1

שאלון הצהרה של החולה בן/בת זוג לצורך קביעת גובה

מימון האשפוז הסעודי-הכרוני

שם משפחה	שם פרטי
----------	---------

חלק א'

1. פרטי החולה ובן/בת זוג:

שם משפחה	שם פרטי	מס. תעודת זהות	מצב משפחתי
----------	---------	----------------	------------

מס. תעודת זהות של בן הזוג

שם בן/בת זוג

2. מען החולה ובן/בת זוג

שם הישוב _____ רחוב _____ מס' הבית _____

מס' דירה _____ מיקוד _____ מס' טלפון _____

3. מקור המגורים (סמן X במשבצת המתאימה)

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> דירה בבעלות | <input type="checkbox"/> מוסד (שם המוסד) _____ |
| <input type="checkbox"/> דירה בשכ"ח | <input type="checkbox"/> דירה שכורה מוגנת |
| <input type="checkbox"/> דירה קרובים | <input type="checkbox"/> מושב שיתופי/קיבוץ |

4. פרטי מקום עבודה של בן בת זוג החולה:

שם מקום העבודה _____ כתובת _____

מספר טלפון _____ תפקיד _____



- 2 -

חלק ב'

1. פרטים על הכנסות ורכוש של החולה ובן/בת זוגו
(יש לצרף אישורים בסעיפים עם סימן כוכב)

מקור ההכנסה	הכנסות החולה		הכנסות בן/בת הזוג		הערות
	סמן X במשבצת המתאימה לחודש ברוטו	סמן X במשבצת המתאימה לחודש ברוטו	סמן X במשבצת המתאימה לחודש ברוטו	סמן X במשבצת המתאימה לחודש ברוטו	
* עבודה שכירה	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
** עצמאי	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
*** קיצבה מביטוח לאומי (פרט את סוג הקצבה)	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
* פנסיה בישראל	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
* פנסיה, שילומים מחוץ לאר.	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
* תגמולים, ממשדד הביטחון	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
* תגמולים ממשדד האוצר לנפגעי הנאצים	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
* דמי שכירות עבור בית, דירה, נכס.	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
* ריבית מכל מקור שהוא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
* הכנסה מכל מקור שהוא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
* ביטוח רפואי משלים לאשפוז רפואי	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	



- 3 -

2. פרטים על רכוש והון החולה ו/או בן/בת הזוג

ערך כספי על פי הרשום בבנק	
	ניירות ערך, אגרות חוב
	תכניות חסכון, פקדונות שקליים ומטי"ח
	רכוש אחר או הכנסה אחרת מכל מקור שהוא

* לצרף תלושי משכורת של 3 חודשים האחרונים.

** לצרף שומת מס הכנסה אחרונה, בתוספת מסמך המעיד על מקדמות שנקבעו לתשלום במשך השנה השוטפת.

*** לצרף אישור המוסד לביטוח לאומי על סוג הקיצבה.

**** נא לצרף חשבון עובר ושב 3 חודשים אחרונים + ריכוז יתרות מהבנק.



- 4 -

תצהיר

אני הח"מ _____ בעל תעודת זהות _____
לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא
אעשה כן, מאשר/ת בזה כי כל הנאמר בשאלון ההצהרה זה הוא אמת וידוע לי כי סך
השתתפותי בעלות האישפוז שנקבע על פי שאלון זה.

_____ תאריך
_____ חתימה

אישור

אני עורך דין _____ מאשר כי ביום _____
הופיע/ה בפני גבי/גב' _____ שהזדהה/תה בתעודת זהות
מספר _____ ולאחר שהוזהרתי/וה כי עליו/ה להצהיר את האמת וכי אם לא
יעשה/תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק.
אישר/ה את נכונות תצהירי/וה

_____ חותמת
_____ עורך דין

* על התצהיר יחתום החולה או בן/בת זוגו או אפוטרופוס או בן בגיר/בת בגירה לאחר שחקרו ולמדו היטב את הכנסות ורכוש ההורים.

450-43

נספח ג / 1

טופס מילוי פרטי המתאשפז/ת

א. פרטי המתאשפז/ת:

שם פרטי:	שם משפחה:	ת.ז.:
כתובת		
רחוב:	מס':	עיר:
מיקוד:	ת.ד.:	
טלפונים:		
בית:	עבודה:	נייד:

ב. חשבונות הבנקים של המשלם:

חשבון 1				חשבון 2				חשבון 3			
חשבון בנק מספר				חשבון בנק מספר				חשבון בנק מספר			
		סניף	בנק			סניף	בנק			סניף	בנק

הערות:

מורשי חתימה בחשבונות הבנק של המאושפז/ת (פרט למתאשפז/ת עצמו/ה)

1	שם	ת.ז.	כתובת
	מס' חשבון	בנק	סניף
	טלפון בבית	טלפון נייד	
2	שם	ת.ז.	כתובת
	מס' חשבון	בנק	סניף
	טלפון בבית	טלפון נייד	
3	שם	ת.ז.	כתובת
	מס' חשבון	בנק	סניף
	טלפון בבית	טלפון נייד	

ג. הרכב נכסים כספיים והכנסות:

חשבון 3	חשבון 2	חשבון 1	רכיב
			הכנסות שוטפות (בש"ח)
			1 משכורת
			2 פנסיה
			3 גמלה מביטוח לאומי
			4 אחד
			סה"כ בש"ח
			נכסים פיננסיים (בש"ח)
			1 עריש
			2 פקדונות קצרי מועד
			3 תוכניות חיסכון
			4 חשבון מט"ח
			5 מניות / אג"ח
			6 אחר
			סה"כ בש"ח

הערות: יש לצרף אסמכתאות לכל הנ"ל

ד. פרטים משלימים

1. פרטי רישום בעלות במקרקעין לפי נסח טאבו/אישור מינהל מקרקעי ישראל

ת-ת-חלקה	חלקה	גוש	כתובת	תאור הנכס	
					1
					2
					3

* יש לצרף נסח טאבו/אישור מינהל מקרקעי ישראל

2. פרטי כלי רכב בבעלות המתאשפז/ת

שנת יצור	מספר רישוי	יצרן הרכב ודגם	
			1
			2
			3

שם הפקידה: _____

לשכה: _____

יפוי כוח וכתב ויתור סודיות לקבלת מידע על ביטוח סיעודי

בעקבות בקשתי/בקשת המוטב _____ ת.ז. _____
שם המועמד לאשפוז

לקבלת סיוע לאשפוז סיעודי/תשושי נפש באמצעות משרד הבריאות, הנני מייפה בזאת את כוחו של משרד הבריאות או מי מטעמו, לפנות לכל חברת ביטוח / קופת החולים בה אני חבר/ה חבר המבוטח/ת, לצורך בירור האם קיים ביטוח סיעודי בו אני / המועמד לאשפוז הוא מוטב/מבוטח ולקבל פרטים על סוג הביטוח וכל מידע אחר הקשור למשא זה, ואני מסכים שחברת הביטוח/קופת חולים תמסור למשרד הבריאות כל מידע שיתבקש על ידו כאמור לעיל.

תאריך _____ פרטי החותם (בעל הביטוח) _____

ת.ז. _____
מועמד לאשפוז / אפסטרופוס / בא כוח
(נא להקיף בעגול את הרלבנטי ולצרף כתב מינוי אפוסטרופוס /
יפוי כוח לפי הענין)



אני החתום מטה מאשר כי _____ חתם/ה בפני על יפוי כוח/
כתב ויתור סודיות זה לאחר שהסברתי לו/ה את משמעות החתימה.

פקיד/עו"ד _____

**רשימת מסמכים הדרושים לחישוב גובה ההשתתפות העצמית
ב/בת החולה**

מצ"ב שאלון הצהרה שיש למלא במלואו (יש לענות על כל שאלה ושאלה) ולחתום בפני עו"ד
או רשם בית משפט.

אי החזרת השאלון במלואו תוך חודש וחצי מיום קבלתו יגרום לסגירת התיק.

יש לצרף: צילום תעודת זהות + ספח כתובת וילדים.

שכיר

- תלושי משכורת של 3 החודשים האחרונים.
- אדם העובד או שעבד לאחרונה בחברה בה הוא עצמו בעל מניות יציג שומת מס הכנסה של החברה בנוסף לתלושי המשכורת.

עצמאי

- שומת מס הכנסה האחרונה.

במידה ואינך עובד/ת יש לצרף אישור מביטוח לאומי

מסמכים המעידים על הוצאות בגינן ניתן לקבל זיכוי לפי הנוהל:

- משכנתא – אישור מבק למשכנתאות על גובה ההלוואה, גובה החזר חודשי ומועד גמר משכנתא.
- הוצאות שכ"ד – חוזה שכירות + תצהיר שאין ברשותך דירה.
- לימודים במוסד אקדמי (המוכר ע"י משרד החינוך), בתוכנית מלאה. (עד גיל 30 ולא נשואים):
אישור מהמוסד החינוכי עם ציון תחום הלימוד, שנת הלימודים וצילום קבלה על תשלום שכר לימוד.

בכבוד רב,

צוות היחידה לחולים כרוניים

שאלון הילדים

שאלון הצהרה של בן/בת החולה לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הטיעודי

שם החולה	
שם פרטי	שם משפחה

1. פרטי בן/בת החולה:

שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות
מצב משפחתי	שם בן/בת זוג	מס' תעודת זהות

2. האם קיימת הכנסה לבן/בת החוג (והכנסות כוללות: משכורת, פנסיה, שילומים, ביטוח לאומי)

כן _____ לא _____ (סמן ב-X במשבצת המתאימה)

3. מען בן/בת החולה:

שם הישוב _____ רחוב: _____

מס' בית _____ מס' טלפון _____ טלפון נייד _____

4. פרטי מקום עבודה של בן/בת החולה:

מקום העבודה: _____ כתובת _____

מס' טלפון _____ חפקיד _____

(במידה ואינך עובד/ת, יש לצרף אישור מהמוסד לביטוח לאומי)

5. פרטים על ילדים של בן/בת החולה שטרם מלאו להם 18 שנה או ילדים שבתאריך מילוי השאלון טרם מלאו להם 21 שנה והמשרתים שרות חובה בצה"ל או שרות לאומי וילדים בוגרים המתגוררים בדירתך.
 (גם סטודנטים עד גיל 30)

*תעסוקה				שנת לידה	שם פרטי	שם משפחה	מס' סיחודי
שרות לאומי	שרות צבאי (חובה)	שבד	לומד				
							1.
							2.
							3.
							4.
							5.
							6.
							7.
							8.
							9.
							10.

* סמן X במשבצת המתאימה.

6. פטים על ההכנסות של בן/בת החולה
 נא לסמן את כל הסעיפים)

הערות	הכנסות (יש לענות על כל שאלה!!)		מקור ההכנסה
	הכנסה לזרוע בדואר	סמן בעיגול	
		ק לא	עבודה שכירה *
		ק לא	עצמאי **
		ק לא	קצבה מהביטוח הלאומי (ציין בהערה את סוג הקצבה)
		ק לא	פנסיה בישראל
		ק לא	פנסיה; רנטה, שילומים מחוץ לארץ
		ק לא	תגמולים ממשרד הביטחון
		ק לא	תגמולים ממשרד האוצר לנפגעי נאצים
		ק לא	דמי שכירות. עבור בית דירה או נכס (לצורך יחזה)
		ק לא	ריבית מכל מקור שהוא
		ק לא	הכנסה מכל מקור שהוא

* לצרף צילום תלושי משכורת של 3 החודשים האחרונים.

** לצרף צילום שומת מס הכנסה אחרונה.

תצהיר בן/בת החולה

אני הח"מ _____ בעל תעודת זהות _____

לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפוי/יה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מאשר/ת בזה כי כל הנאמר בשאלון הצהרה זה הוא אמת וידוע לי כי סך השתתפותי בעלות האשפח יקבע עפ"י שאלון זה

חתימה _____

תאריך _____

א י ש ר

אני עורך דין _____ מאשר כי ביום _____

הופיעה בפני מר/גב' _____ שהוזהר/תה בתעודת זהות מס' _____

ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/תעשה כן יהא/תהא צפוי/יה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

עורך דין

חותמת

שאלון ילדים

האגף לבריאות	נוהל זכאות אחד
תאריך עדכון אחרון 10/05/20054	חלק 4 - נספחים
עמוד : 44	

נספח 3 / ג

טופס מילוי פרטי מתחייבות: ברבות של המתאשפזות

א. המתאשפזות:

שם פרטי:	שם משפחה:	ת.ז.:
----------	-----------	-------

ב. פרטי המתחייבות (ברבות של המתאשפזות):

שם פרטי:	שם משפחה:	ת.ז.:
כתובת		
רחוב:	מס':	עיר:
מיקוד:	ת.ד.:	
טלפונים		
בית:	עבודה:	נייד:

ג. חשבונות הבנקים של המתחייבות:

חשבון 1		חשבון 2		חשבון 3	
חשבון בנק מספר		חשבון בנק מספר		חשבון בנק מספר	
בנק	סניף	בנק	סניף	בנק	סניף

הערות:

מורשי חתימה בחשבונות הבנק של המתחייבות (פרט לבעלת החשבון)

שם	ת.ז.	כתובת
1. מסיחשבון טלפון בבית	בנק	סניף
טלפון נייד		
2. שם	ת.ז.	כתובת
מסיחשבון טלפון בבית	בנק	סניף
טלפון נייד		
3. שם	ת.ז.	כתובת
מסיחשבון טלפון בבית	בנק	סניף
טלפון נייד		

ד. הרכב נכסים כספיים והכנסות:

חשבון 3	חשבון 2	חשבון 1	דליב
			הכנסות שוטפות (בש"ח)
			1 משכורת
			2 פנסיה
			3 גמלה מביטוח לאומי
			4 אחר
			סה"כ בש"ח

הערות: יש לצרף אסמכתאות לכל הנייל

ה. פרטים משלימים

1. פרטי רישום בעלות במקרקעין לפי נסח טאבולאישור מינהל מקרקעי ישראל

תאור הנכס	כתובת	גוש	חלקה	תע-חלקה
1				
2				
3				

* יש לצרף נסח טאבולאישור מינהל מקרקעי ישראל

2. פרטי כלי רכב ובעלות המתחייבת

יצוק הרכב ודגם	מספר רישוי	שנת יצור
1		
2		
3		

3. פרטי מקומות עבודה שלהמתחייבת

מקום עבודה	כתובת	טלפון	פקס
1			
2			
3			

שם הפקידה: _____

לשכה: _____