

הצהרת המטופל ובן / בת הזוג *זמני בהתאם לנוהל שעה

לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי

עמוד - 1 - מתוך 6

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

הנחיות

1. יש להקפיד למלא את כל הפרטים הנדרשים בטופס ההצהרה, כאשר השדות המסומנים בכוכבית (*) הינם חובה למילוי
2. יש להקפיד לצרף לטופס את כל המסמכים והאישורים הנדרשים כפי שמצוין בעמודים 2, 4 – 5.
3. יש לצרף צילום תעודת הזהות של המטופל ובן / בת הזוג, כולל הספח בו מופיעים גם הכתובת וגם פרטי הילדים
4. לשאלות ובירור מצב הבקשה ניתן לפנות למוקד קול הבריאות בטלפון *5400. בטופס זה גם ניתן לאשר קבלת מידע בדוא"ל או ב-SMS.

טופס זה נכתב בלשון זכר, אך מתייחס לשני המינים כאחד

הצהרת המטופל ובן / בת הזוג *זמני בהתאם לנוהל שעה

לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי

עמוד - 2 - מתוך 6

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

פרטי המטופל – ומקום מגוריו עד לאחרונה

| | |
|--------------|-------------------------------|
| *שם פרטי: | *שם משפחה: |
| *תעודת זהות: | *תאריך לידה (שנה, חודש, יום): |
| *ישוב: | *רחוב: |
| *מספר בית: | *מספר דירה: |
| *מיקוד: | הערות לכתובת: |

מצב משפחתי (יש לסמן ב- V את האפשרות הרלוונטית):

נשוי אלמן גרוש רווק פרוד ידוע בציבור

מספר ילדים של המטופל עד גיל 21: _____

המטופל שוהה עתה (יש לסמן ב- V את האפשרות הרלוונטית):

בבית בבית חולים בבית אבות אחר, פרט: _____

פרטי הדירה בה מתגורר או התגורר המטופל (יש לסמן ב- V את האפשרות הרלוונטית):

דירה בבעלות (לצרף נסח טאבו עדכני)

דירה בשכירות (לצרף העתק חוזה שכירות, עדכני)

דירת קרובים (לצרף נסח טאבו עדכני / שכירות, עדכני)

קיבוץ / מושב שיתופי (לצרף הצהרת הנהלת הקיבוץ / מושב שיתופי)

דירה בשכירות מוגנת "דמי מפתח" (לצרף חוזה שכירות מוגנת)

אחר, נא לפרט: _____

פרטי בן / בת זוג

Ministry of Health

P.O.B 1176, Jerusalem 91010

call.habriut@moh.health.gov.il

Tel: *5400, Fax: 02-5655969



משרד הבריאות

ת.ד. 1176, ירושלים 91010

call.habriut@moh.health.gov.il

טלפון: *5400 פקס: 02-5655969

הצהרת המטופל ובן / בת הזוג *זמני בהתאם לנוהל שעה

לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי

עמוד - 3 - מתוך 6

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

| | |
|---|---|
| *שם פרטי: | *שם משפחה: |
| *תעודת זהות: | *תאריך לידה (שנה, חודש, יום): |
| *טלפון נייד: | טלפון נוסף: |
| דוא"ל: | |
| מקום מגורי בן / בת הזוג: <input type="checkbox"/> בבית (בכתובת לעיל) <input type="checkbox"/> בדירה אחרת (לפרט למטה) <input type="checkbox"/> במוסד | |
| *ישוב: | *רחוב: |
| *מספר בית: | *מספר דירה: |
| *מיקוד: | הערות לכתובת: |
| *פרטי ממלא הטופס | <input type="checkbox"/> בן / בת זוג <input type="checkbox"/> אפטרופוס: פרטי / ציבורי |
| <input type="checkbox"/> המטופל | <input type="checkbox"/> בן / בת המטופל <input type="checkbox"/> אחר: _____ |

פרטי התקשרות של ממלא הטופס, אם שונה מהמטופל או בן / בת הזוג

| | |
|---------------------|---------------------|
| *טלפון נייד: | *טלפון נוסף: |
| *ישוב: | *רחוב: |
| *מספר בית: | *מספר דירה: |
| *מיקוד: | ת.ד.: |
| דוא"ל: | |

האם מאשר קבלת מידע בדוא"ל? כן לא

האם מאשר קבלת מידע ב-SMS? כן לא

מקורות הכנסה של המטופל ובן / בת הזוג

הצהרת המטופל ובן / בת הזוג *זמני בהתאם לנוהל שעה

לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסייעודי

עמוד - 4 - מתוך 6

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

*חובה למלא את כל הסעיפים ולסמן כן / לא עבור כל סעיף

| הערות | הכנסה נטו / לחודש בן / בת זוג | בן / בת זוג | הכנסה נטו לחודש מטופל | המטופל | מקור הכנסה |
|-------|-------------------------------|---|-----------------------|---|--|
| | | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | עבודה כשכיר יש לצרף 3 תלושי שכר אחרונים. אם בעל שליטה בחברה – יש לצרף גם שומת מס עדכנית ממס הכנסה |
| | | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | עצמאי יש לצרף שומת מס סופית ואחרונה ממס הכנסה |
| | | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | פנסיה מכל מקור בארץ ובחו"ל יש לצרף אישורי הכנסה |
| | | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | קצבת ביטוח לאומי קצבת אזרח ותיק (זקנה), קצבת השלמת הכנסה וקצבת שארים: יש לצרף אישור גובה הקצבה מביטוח לאומי |
| | לא רלוונטי | | | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | קצבאות נוספות של המטופל בלבד קצבת נכות, קצבת נכות מעבודה, קצבה לנפגעי תאונות שהוכרו על ידי הביטוח הלאומי, תגמולי נכות לנפגעי פעולות איבה |
| | | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | תגמולים ממשרד הביטחון יש לצרף אישורי הכנסה |
| | | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | תגמולים וקצבאות לניצולי שואה יש לצרף אישורי הכנסה |
| | | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | הכנסה ממוזנות יש לצרף אישורים רלוונטיים |
| | | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | הכנסות חודשיות מהשכרת דירה, נכס, עסק וכדומה יש לצרף חוזה שכירות |
| | | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | ריבית מכל מקור שהוא יש לצרף אישורים רלוונטיים |

הצהרת המטופל ובן / בת הזוג *זמני בהתאם לנוהל שעה

לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסייעודי

עמוד - 5 - מתוך 6

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

| מקור הכנסה | המטופל | הכנסה נטו לחודש מטופל | בן / בת זוג | הכנסה נטו לחודש בן / בת זוג | הערות |
|---|---|-----------------------|---|-----------------------------|-------|
| הכנסה נוספת מכל מקור שהוא יש לצרף אישורים רלוונטיים | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | | |

פרטים על רכוש והון המטופל ו/או בן / בת הזוג (יש לסמן ב-X את האפשרות הרלוונטית):

| | |
|---|---|
| כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | <p>פרטי הון</p> <p>ניירות ערך, אגרות חוב, תכניות חסכון, קופות גמל, פיקדונות שקליים, מט"ח וכיו"ב יש לצרף:</p> <ul style="list-style-type: none">• תדפיס חשבונות עובר ושב של שלושת החודשים האחרונים מכל חשבונות הבנק של המטופל ובן / בת הזוג, כולל חשבונות מט"ח• תדפיס ריכוז חסכונות מעודכן מסניפי הבנקים בהם מתנהלים החשבונות <p>שימו לב: אם סומן "לא", יש להמציא אישור מהבנקים על כך שלא קיימים חסכונות ופיקדונות</p> |
| כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | <p>פרטי רכוש</p> <p>נכסי מקרקעין או רכוש אחר מעבר לדירת מגורים יש לצרף:</p> <ul style="list-style-type: none">• אישור זכויות (נסח טאבו, אישור רשות המקרקעין וכיו"ב)• דירה בבעלות, שלא מתגוררים בה בן/בת זוג או תלויים- יש לצרף שתי הערכות שווי שכר הדירה של מתווך או שמאי מקרקעין מורשה |

הצהרת המטופל ובן / בת הזוג *זמני בהתאם לנוהל שעה

לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי

עמוד - 6 - מתוך 6

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

יש לצרף מסמכים על הוצאות – כולל של בן / בת הזוג של המטופל שנשאר בבית:

1. ארנונה שנתית
2. תשלומי משכנתא אישור מבנק למשכנתאות
3. תשלומי שכר דירה
4. דמי חכירה
5. תשלום עבור ביטוח רפואי משלים
6. תשלום מזונות
7. שכר טרחה של אפוטרופוס

הצהרת מטופל

אני החתום מטה, _____, נושא/ת תעודת זהות _____

מצהיר/ה בזאת, כי כל הפרטים שמסרתי בשאלון ובנספחיו הם נכונים ומלאים וכן מתחייב/ת לעדכן את לשכת הבריאות על כל שינוי בפרטים שיחול ועשוי להשפיע על גובה ההשתתפות לרבות שינוי במצב הכלכלי או המשפחתי ועדכון ערך נקודת זיכוי שתתעדכן לפי מס הכנסה, וזאת בתוך שבועיים מהרגע בו נודע לי על השינוי.

ידוע לי כי שינויים אלה עשויים להשפיע על גובה השתתפותי, לרבות קביעת השתתפות לאחר תקופה בה נמצאתי פטור, וידוע לי כי משרד הבריאות יהיה רשאי לחייב אותי בהשתתפות בהתאם.

ידוע לי כי מסירת פרטים כוזבים או העלמת נתונים מהווה עבירה פלילית לפי חוק העונשין, התשל"ז-1977, וכי אם לא אמסור פרטים נכונים, אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק.

כמו כן, חתימתי על שאלון זה מהווה הסכמה לכך שהשתתפות בעלות האשפוז תיקבע על פי שאלון זה.

חתימה*

תאריך*

Ministry of Health

P.O.B 1176, Jerusalem 91010

call.habriut@moh.health.gov.il

Tel: *5400, Fax: 02-5655969



משרד הבריאות

ת.ד. 1176, ירושלים 91010

call.habriut@moh.health.gov.il

טלפון: *5400 פקס: 02-5655969