

הצהרת ילדי המטופל *זמני בהתאם לנוהל שעה לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסייעודי

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

ימולא ויוגש בנפרד עבור כל בן / בת המטופל שהם בני 21 ומעלה

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 בטבלאות בעמוד 4-5.
3. יש לצרף צילום תעודת הזהות של ממלא הטופס, כולל הספח בו מופיעים גם הכתובת וגם פרטי הילדים
4. את הטופס המלא והחתום עם המצורפים יש לשלוח אל המחלקה למחלות ממושכות בלשכת הבריאות בה מטופלת הפנייה - בדואר, פקס, דוא"ל או להגיש ידנית בימי קבלת קהל - לפי פרטי ההתקשרות באתר.
5. 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

עמוד - 1 - מתוך 6

הצהרת ילדי המטופל *זמני בהתאם לנוהל שעה לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסייעודי

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

פרטי המטופל

| | | |
|----------|-----------|-------------|
| שם פרטי: | שם משפחה: | תעודת זהות: |
|----------|-----------|-------------|

פרטי בן / בת המטופל

| | |
|---------------|--|
| שם פרטי: | שם משפחה: |
| תעודת זהות: | תאריך לידה (שנה, חודש, יום): |
| מצב משפחתי: | <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> ידוע בציבור <input type="checkbox"/> פרוד |
| מקום העבודה: | תפקיד: |
| כתובת העבודה: | טלפון בעבודה: |

פרטי התקשרות:

| | |
|-------------|-------------|
| טלפון נייד: | טלפון נוסף: |
| דוא"ל: | |

כתובת למשלוח דואר:

| | |
|-----------|------------|
| ישוב: | רחוב: |
| מספר בית: | מספר דירה: |
| מיקוד: | ת.ד.: |

האם מאשר קבלת מידע בדואר האלקטרוני כן לא

האם מאשר קבלת מידע ב-SMS כן לא

עמוד - 2 - מתוך 6

הצהרת ילדי המטופל *זמני בהתאם לנוהל שעה לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

פרטי בן / בת הזוג

| | |
|---------------|--------------------------------|
| * שם פרטי: | * שם משפחה: |
| * תעודת זהות: | * תאריך לידה (שנה, חודש, יום): |

האם קיימת לבן / בת הזוג הכנסה מכל מקור שהוא כולל קצבאות ביטוח לאומי כן לא
(למעט קצבת ילדים)

פרטי ילדי המצהיר שגילם עד 21 שנים:

| # | שם הילד | תאריך לידה | מס' תעודת זהות |
|-----|---------|------------|----------------|
| .1 | | | |
| .2 | | | |
| .3 | | | |
| .4 | | | |
| .5 | | | |
| .6 | | | |
| .7 | | | |
| .8 | | | |
| .9 | | | |
| .10 | | | |

עמוד - 3 - מתוך 6

הצהרת ילדי המטופל *זמני בהתאם לנוהל שעה

לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסייעודי

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

פרטי ילדי המצהיר שגילם מ-21 עד 26 שנים:

| # | שם הילד | תאריך לידה | מס' תעודת זהות |
|----|---------|------------|----------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |

מקורות הכנסה של בן / בת המטופל

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

| מקור הכנסה | הכנסות בן / בת המטופל | הכנסה ברוטו לחודש | הערות |
|---|---|-------------------|-------|
| עבודה כשכיר יש לצרף 3 תלושי שכר אחרונים *אם בעל שליטה בחברה – יש להביא בנוסף לתלושים גם שומת מס עדכנית ממס הכנסה | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | | |
| עצמאי יש לצרף שומת מס סופית ואחרונה ממס הכנסה | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | | |
| קצבאות ביטוח לאומי: קצבת אזרח ותיק (זקנה), קצבת השלמת הכנסה, קצבת שארים: יש לצרף אישור גובה הקצבה מביטוח לאומי | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | | |
| פנסיה מכל מקור שהוא בארץ ובחו"ל יש לצרף אישורי הכנסה | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | | |
| הכנסה ממוזנות יש לצרף אישורים רלוונטיים | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | | |

עמוד - 4 - מתוך 6

הצהרת ילדי המטופל *זמני בהתאם לנוהל שעה לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסייעודי

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

| מקור הכנסה | הכנסות בן / בת המטופל | הכנסה ברוטו לחודש | הערות |
|---|---|-------------------|-------|
| תגמולים וקצבאות לניצולי שואה יש לצרף אישורי הכנסה | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | | |
| הכנסות חודשיות מהשכרת דירה, נכס, עסק וכדומה יש לצרף חוזה שכירות | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | | |
| ריבית מכל מקור שהוא יש לצרף אישורים רלוונטיים | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | | |
| הכנסה נוספת מכל מקור שהוא יש לצרף אישורים רלוונטיים | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | | |

הוצאות שעשויות להיות מופחתות מההכנסות השוטפות של ילדי המטופל:

- תשלומי משכנתא: יש לצרף אישור מבנק למשכנתאות על גובה ההלוואה, גובה החזר החודשי ומועד גמר המשכנתא
- תשלום שכר דירה: יש לצרף חוזה שכירות עדכני
- תשלום מזונות: יש לצרף אישור על גובה תשלום המזונות

עמוד - 5 - מתוך 6

הצהרת ילדי המטופל *זמני בהתאם לנוהל שעה לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסייעודי

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

תצהיר בן/ בת 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

עמוד - 6 - מתוך 6