



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

חובה למלא את השדות המסומנים ב *	
תאריך	
מספר תיק	
מחוז מטפל	

אל: משרד הביטחון - אגף משפחות, הנצחה ומורשת

הנדון: דף הסבר לקבלת תשלום עזרה לזולת – משפחות שכולות

<p>תשלום עזרה לזולת ניתן לקבל באחת משתי האפשרויות:</p> <p>א. באמצעות חברות סיעוד.</p> <p>ב. באמצעות תשלום לתגמול החודשי רק במקרים חריגים/העסקת עובד זר.</p> <p>על מנת לממש את זכאותכם כאמור עליכם לקרוא בעיון דף הסבר זה.</p> <p>נא הקפידו למלא את כל הפרטים המבוקשים, כולל חתימות על-פי הנדרש על-מנת שיתאפשר לטפל בבקשתכם בהקדם האפשרי</p>

המסמכים שיש להמציא

<p>1. טופס תפקודים.</p> <p>א. מצ"ב טופס תפקודים בצירוף דף הנחיות המופנה אל הרופא המטפל (רופא משפחה).</p> <p>ב. טופס זה יש למלא ע"י רופא משפחה/גריאטר, בכתב יד ברור, ב-2 עותקים, לרבות פירוט האבחנות הרפואיות, אם אפשרי גם בעברית, גיל הזכאי ותאריך מילוי הטופס.</p> <p>ג. יש למלא ולחתום על כתב וויתור סודיות רפואית והרשאה לקבלת ומסירת מידע (מצ"ב הטופס).</p> <p>2. אישור הכנסה להורים שכולים לקבלת הסיוע עפ"י אפשרויות א ו-ב שבהקדמה לעיל. יש לצרף אישור על הכנסה מכל מקור שהוא פרט לתגמולים ממשרדנו במידת הצורך¹</p> <p>3. אישור העסקת מטפלת (רק לגבי תשלום באמצעות התגמול החודשי).</p> <p>א. אישור העסקת מטפלת - ציינו את מלוא הפרטים האישיים כמצוין בתעודת זהות.</p> <p>ב. העסקת עובד זר - יש לצרף עותק מההסכם בין המטופל לבין חברת כוח אדם או הסכם העסקה ישיר בינכם לבין העובד הזר בצרוף אישורי כניסה והעסקה בארץ מהרשויות המוסמכות – היתר העסקה ממשרד הפנים.</p> <p>4. טופס הבטחת זכויות סוציאליות (רק לגבי תשלום באמצעות התגמול החודשי).</p> <p>א. מצ"ב טופס הבטחת זכויות סוציאליות.</p> <p>ב. יש לחתום על הטופס הנ"ל (במקרים בהם אין באפשרות הזכאי לחתום יחתם הטופס ע"י מיופה כוחו).</p>

¹ במידה והבקשה היא להמשך סיוע והחישוב עד כה נערך על בסיס הכנסות, קיימת אפשרות להמשך חישוב זה בהתאם לבחירתכם. לצורך כך תתבקשו לצרף אישורים על הכנסות מכל מקור שהוא, פרט לתגמולים ממשרדנו



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

אל: הרופא/ה המטפלת

חובה למלא את השדות המסומנים ב *.	
תאריך	
מספר תיק	
מחוז מטפל	

הנדון: מילוי טופס לקביעת מתן עזרה סיעודית או סידור מוסדי

הנחיות

טופס זה משמש לקביעת גובה השתתפותו בעזרת הזולת או סידור מוסדי למשפחות שכולות המטופלות ע"י משרד הביטחון.

נבקש למלא את הטופס במלוא תשומת הלב תוך הקפדה על:

1. שם משפחה, שם פרטי וגיל הפונה.
2. יש לציין את האבחנות הרפואיות, אם אפשר גם בתרגום לעברית.
3. יש לסמן X ליד מגבלה אחת בלבד בכל סעיף (בהתאם למצב הזכאי).
4. במידה ונעשתה טעות בטופס ובוצע תיקון, אנא חתום ליד התיקון.
5. אנא חתום במקום המיועד לחתימת רופא כולל החתמת חותמת.
6. יש להחתים את הפונה על ויתור סודיות שבתחתית הטופס.

תודה מראש על שיתוף הפעולה.

בכבוד רב,



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

אל: משרד הביטחון - אגף משפחות, הנצחה ומורשת

חובה למלא את השדות המסומנים ב *.	
תאריך	
מספר תיק	
מחוז מטפל	

הנדון: כתב ויתור על סודיות והרשאה לקבלת ומסירת מידע

הצהרה

אני הח"מ מסכים/ה ונותן/ת בזאת רשות למשרד הביטחון – אגף משפחות הנצחה ומורשת ו/או לכל עובד מעובדיו ו/או לכל אדם/גוף אחר הפועל מטעם משרד הביטחון – אגף משפחות הנצחה ומורשת:

- למסור אודותיי מידע או מסמך ל _____ (להלן: "מבקש המידע") מכל סוג המצוי ברשות משרד הביטחון, לרבות מידע על מצבי הסוציאלי, השיקומי, הנפשי והרפואי וכן מידע על הזכויות, התגמולים, ההטבות ותשלומים אחרים להם אני זכאי/הייתי זכאי/ת ממשרד הביטחון – אגף משפחות הנצחה ומורשת. אני מתיר/ה בזה למשרד הביטחון – אגף משפחות הנצחה ומורשת/או לכל עובד מעובדיו למסור למבקש המידע כל מסמך, תעודה, הערכה, דו"ח או חוות דעת המצויים ברשות משרד הביטחון – אגף משפחות הנצחה ומורשת והנוגעים למצב הסוציאלי, השיקומי, הנפשי והבריאותי ו/או הנוגע לזכויות, לתגמולים, להטבות ולתשלומים אחרים להם אני זכאי/הייתי זכאי ממשרד הביטחון – אגף משפחות הנצחה ומורשת.
- לקבל אודותיי מידע או מסמך מ _____ (להלן: "מוסר המידע") מכל סוג, לרבות מידע על מצבי הסוציאלי, השיקומי, הנפשי והרפואי וכן כל מידע על הזכויות להם אני זכאי/הייתי זכאי ממוסר המידע.
- הנני משחרר/ת ופותר/ת בזאת את משרד הביטחון – אגף משפחות הנצחה ומורשת ו/או כל עובד מעובדיו ו/או כל אדם/גוף אחר הפועל מטעם משרד הביטחון – אגף משפחות הנצחה ומורשת ואת מוסר המידע, מחובת שמירה על סודיות המידע בהתאם לחוק הגנת הפרטיות, התשמ"א -1981 ומכוח כל דין או הסכם, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת המידע כאמור.

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

תאריך _____ הריני מאשר/ת חתימת המסמך באופן דיגיטלי

חתימת המבקש

(במקרים בהם הטופס מוגש ידני)

משרד הביטחון, אגף משפחות, הנצחה ומורשת

מרכז שרות טלפוני: 03-7776700 | www.mishpahot-hantzaha.mod.gov.il



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

חובה למלא את השדות המסומנים ב *.	
תאריך	
מספר תיק	
מחוז מטפל	

אל: משרד הביטחון - אגף משפחות, הנצחה ומורשת

הנדון: הצהרה על העסקת מטפל/ת לסיוע בידי הזולת

הריני מצהיר/ה בזאת על העסקת מטפלת בביתי

מתאריך: _____ מספר פעמים בשבוע: _____ למשך _____ שעות
שכר: <input type="checkbox"/> שעתי (₪) <input type="checkbox"/> חודשי (₪)

פרטי המטפל/ת

שם משפחה *	שם פרטי *	מספר תעודת זהות / מספר דרכון *
רחוב *	מס' בית *	יישוב *
מיקוד	חתימת המטפל/ת	
תאריך		

חתימת הזכאי

תאריך	מספר תעודת זהות	חתימה
-------	-----------------	-------

הריני מאשר/ת חתימת המסמך באופן דיגיטלי

תאריך _____

חתימת המבקש
(במקרים בהם הטופס מוגש ידני)

משרד הביטחון, אגף משפחות, הנצחה ומורשת

מרכז שרות טלפוני: 03-7776700 | www.mishpahot-hantzaha.mod.gov.il



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

אל: משרד הביטחון - אגף משפחות, הנצחה ומורשת

חובה למלא את השדות המסומנים ב *.	
תאריך	
מספר תיק	
מחוז מטפל	

הנדון: הבטחת זכויות סוציאליות

אני החתום מטה

שם פרטי	שם פרטי	מספר תעודת זהות
<p>1. מבקש/ת לקבל, לפי בחירתי, את הסיוע לעזרה לזולת עקב מצב בריאות בהטבה בנוסף לתגמול, כאשר ידוע לי כי על פי ההוראות, הכלל הוא, כי העזרה לזולת ניתנת באמצעות חברות סיעוד .</p> <p>2. ידוע לי שאני מעסיק/ה מטפל/ת וכי הנני נושא/ת במלוא האחריות כמעסיק/ה כחוק בכל הקשור ליחסי עובד מעביד .</p> <p>3. במסגרת זו, באחריותי לדאוג לזכויותיו/ה של המטפל/ת ולביטוחו/ה במוסד לביטוח לאומי ולשלם לו/ה ובעבורו/ה מלוא הזכויות הסוציאליות (דמי ביטוח לאומי וביטוח בריאות, חופשה, קצובת הבראה, מחלה, פיצויים וכדו') המגיעות לו/ה כחוק .</p> <p>4. הנני מצהיר כי תשלום הסיוע שאני מקבל לעזרה לזולת בהטבה בנוסף לתגמול, נועד במלואו למטרה זו בלבד .</p>		

הריני מאשר/ת חתימת המסמך באופן דיגיטלי

תאריך _____

חתימת המבקש

(במקרים בהם הטופס מוגש ידני)



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

אל : הרופא המטפל / האחות המטפלת

נודה לך אם תואיל למלא טופס זה לצורך קביעת מכסה חודשית של שעות סיעוד בידי הזולת.
נא למלא את כל הסעיפים בעברית ובכתב ברור, בצירוף חתימה וחותמת הרופא/האחות המטפלת/ת
מסמך זה תקף בגיבוי מסמכים רפואיים עפ"י הדרישות המודגשות בכל סעיף

תאריך	
מספר תיק	
מחוז מטפל	

הנדון: טופס לקביעת מתן עזרה סיעודית וסידור מוסדי

פרטים אישיים של החולה			
שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	
תאריך לידה	טלפון	טלפון נוסף	
רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד
זכאות	מצב משפחתי		
<input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> הורה	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן		

1. אבחנה רפואית עדכנית (יש לצרף בנוסף סיכום מידע רפואי ממוחשב)

<hr/> <hr/> <hr/>

תנועה

<input type="checkbox"/> מתהלך לבד	<input type="checkbox"/> בעזרת הזולת	<input type="checkbox"/> בעזרת מכשיר: <input type="checkbox"/> מקל <input type="checkbox"/> הליכון <input type="checkbox"/> כיסא גלגלים <input type="checkbox"/> רתוק למיטה
------------------------------------	--------------------------------------	---

הלבשה	רחצה	אכילה
<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> עצמאי
<input type="checkbox"/> עזרה חלקית	<input type="checkbox"/> עזרה חלקית	<input type="checkbox"/> עזרה חלקית (הכנה ו/או הגשה ו/או דרבון)
<input type="checkbox"/> עזרה מלאה	<input type="checkbox"/> עזרה מלאה	<input type="checkbox"/> עזרה מלאה

ראייה

<input type="checkbox"/> תקינה	<input type="checkbox"/> תקינה עם משקפיים	<input type="checkbox"/> עיוור בעין אחת	<input type="checkbox"/> כבד ראייה	<input type="checkbox"/> עיוור
--------------------------------	---	---	------------------------------------	--------------------------------

**יש לצרף תעודת עיוור / כבד ראייה (זכאי עד גיל 75)
או סיכום מרופא עיניים / משפחה המעיד על מצב ראייתו (זכאי מעל גיל 75)**

שליטה על סוגרים

שליטה בשלפוחית: <input type="checkbox"/> מלאה <input type="checkbox"/> חלקית <input type="checkbox"/> ללא	שליטה במעינים: <input type="checkbox"/> מלאה <input type="checkbox"/> חלקית <input type="checkbox"/> ללא
---	--

משרד הביטחון, אגף משפחות, הנצחה ומורשת

מרכז שרות טלפוני: 03-7776700 | www.mishpahot-hantzaha.mod.gov.il



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

שימוש במוצרי ספיגה: כן לא

השגחה עקב מצב דמנטי / נפשי

הפרעה קלה בהתמצאות ו/או בזיכרון/נפשי זקוק להשגחה חלקית של אדם אחר, אך ניתן להשאירו לבד לפרקי זמן קצרים

הפרעה ניכרת בהתמצאות ו/או זיכרון/נפשי זקוק להשגחה (נוכחות) מתמדת של אדם אחר. מסכן את עצמו/או אחרים כאשר נשאר לבדו

דמנציה מתקדמת

מתחת לגיל 80 - יש צורך באבחון מרופא גריאטרי / פסיכיאטר / נוירולוג
מעל גיל 80 - ללא אבחון יינתנו מחצית השעות

זמן משוער עד החלמה

עד שלושה חודשים עד שישה חודשים עד שנה לצמיתות

סיכום והערכה תפקודית

תשוש תשוש נפש רתוק וזקוק לעזרה סיעודי

סיעודי מורכב עצמאי הזקוק לעזרה עצמאי לחלוטין

2. המגבלות התפקודיות העיקריות של החולה

המלצות

הפנייה לסידור בבית אבות יכול להישאר בביתו וזקוק לעזרה ביתית

דיור

גר לבד גר עם

פרטי המטפל

שם רופא _____ חותמת ומספר רישיון _____ שם האחות _____

ויתור על סודיות (ימולא על ידי הפונה)

אני החותם מטה מאשר העברת אינפורמציה רפואית למשרד הביטחון אגף משפחות הנצחה ומורשת

תאריך _____ שם הזכאי _____ חתימת הזכאי _____

משרד הביטחון, אגף משפחות, הנצחה ומורשת

מרכז שרות טלפוני: 03-7776700 | www.mishpahot-hantzaha.mod.gov.il