

בחינת זכאות לקצבת שירותים מיוחדים לשוהה במסגרת חוץ ביתית

בל/3530

(ימולא ע"י מנהל/ת המסגרת או בא כוחו)

פרטי התובע

- שם משפחה
- שם פרטי
- מספר זהות

פרטים נוספים

לצורך בחינת הזכאות לקצבת שירותים מיוחדים, נבקשכם לדאוג למילוי כל הפרטים המפורטים להלן באמצעות מנהל המסגרת או בא כוחו.

פרטי מקום המגורים של התובע

שם המקום בו מתגורר: _____

סוג הדיור:

- מוסד
- דיור מוגן, מתגורר במחלקת עצמאיים, מתגורר במחלקה הסיעודית
- בית חולים
- הוסטל
- דיור נתמך
- אחר _____

תאריך הכניסה למקום: _____

השירותים הניתנים במקום

שירותים רפואיים:

- רופא מגיע לטיפול באנשים במקום, תדירות ההגעה _____ התמחות הרופא: _____
- אח מטפל באנשים במקום, תדירות ההגעה _____
- אח אינו מגיע לטפל באנשים במקום

שימוש בתרופות:

- לוקח בעצמו
- נותנים לו
- אחר _____

טיפול במקרה צורך ברופא מומחה:

- הרופא המומחה מוזמן למסגרת

- הדייר יוצא למרפאת מומחים
- סיוע בפעולות היומיום (ניידות, הלבשה, רחצה, אכילה, היגיינה אישית):
- מטפלים של המקום
- עובד זר
- מטפל פרטי
- המשפחה
- הנכה בעצמו
- אחר _____

האם הנכה נשאר לבד במהלך היום או הלילה?

- כן
- לא, מי משגיח על הנכה, פרט _____

שיקום

נא להתייחס לכל הסעיפים

- קיימות שיחות עם איש מקצוע
 - לא
 - כן, פרט _____
- קיימת הדרכה לחיים עצמאיים
 - לא
 - כן, פרט _____
- קיימת פעילות לשיפור מיומנויות חיים
 - לא
 - כן, פרט _____
- קיימות פעילויות חברתיות
 - לא
 - כן, פרט _____
- קיימות פעילות ריפוי בעיסוק/ פיזיותרפיה
 - לא
 - כן, פרט _____
- קיימת פעילות פרה רפואית אחרת
 - לא
 - כן, פרט _____

משק בית

אחריות לניקיון היחידה:

- הנכה
- משפחת הנכה
- מטפל פרטי
- עובד זר
- עובד ניקיון של המקום

אחריות להכנת ארוחות

- הלקוח בעצמו
- המקום כולל שירותי הסעדה

- משפחת הדייר
- מטפל פרטי
- עובד זר
- אחר _____

מימון השהות של המבוטח

- האחזקה או חלק ממנה, היא בהשתתפות גורם שאינו הנכה או בני משפחתו. נא לציין את סכום המימון של כל גורם ואת שם הגורם המממן: סכום: _____ שם פרטי המממן: שם פרטי ומשפחה _____
- עלות כל האחזקה חלה על חשבון המבוטח ובני משפחתו. נא לציין את הסכום המשולם ע"י המבוטח _____ שם _____
- יש לצרף את ההסכם או החוזה שנחתם בין המבוטח לבין המקום בו הוא מתגורר.
- יש להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי או מעבר למסגרת דיור אחרת, מעבר לעצמאים, למחלקה סיעודית או על שינוי בגורם המממן.

חתימת ממלא הטופס

שם ממלא הטופס _____ תפקיד _____
 חתימה _____ תאריך _____

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד