



תאריך: _____

לכבוד _____

שלום רב,

הנדון: בקשות סיוע לילדים נכים לארגון איל"ן

להלן המסמכים שיש לצרף לבקשת הסיוע:

1. פתיחת כרטיס לפונה – שאלון פרטים אישיים – (נספח 1). למלא כל הפרטים בטופס.
2. כתב ויתור על סודיות רפואית – (נספח 2).
3. כתב התחייבות לגילוי נאות בקשר לפניות לסיוע לוועדת עזרה של איל"ן (נספח 3).
4. מכתב בקשה של ההורים + צילום תעודת זהות כולל ספח.
5. סיכום רפואי עדכני הכולל אבחנה רפואית ופירוט הליקויים של הילד/ה.
6. דו"ח סוציאלי עדכני קצר מעובד סוציאלי מאחד מהשירותים: רווחה בעירייה, בית חולים, בית ספר, קופת חולים, וכו'.
7. הצעות מחיר או חשבונית/קבלה על רכישת שרות/פריט.
8. מכתב המלצה מקצועי המפרט את הצורך בסיוע (פיזיותרפיסטית, קלינאית תקשורת, מרפאה בעיסוק וכו').
9. אישור נכות של הילד ואישור גובה גמלת הנכות מהביטוח לאומי.
10. אישורי הכנסות עדכניים של ההורים, תלושי שכר, קצבאות: חודש אחרון, שומת מס לעצמאיים.
11. אישור סיוע משרד הבריאות, קופ"ח או כל גורם אחר.

נשמח לסייע במידת האפשר.


בכבוד רב,

אבנר עוקבי מ.א.
מ.ר. 8058
עו"ס ראשי איל"ן



פתיחת כרטיס לפונה - שאלון פרטים אישיים

סניף _____ תאריך: _____

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מין ז/כ: _____
מס' ת.ז: _____ מצב משפחתי: _____
תאריך לידה: _____ ארץ לידה: _____ תאריך עלייה: _____
כתובת: _____ טלפון בבית: _____ טל' נייד: _____

המסגרת בה נמצאת/ת במשך היום: _____
המסגרת בה נמצאת/ת בשעות אחה"צ: _____
אבחנה רפואית (עפ"י תעודה רפואית): _____
תאריך התחלת המחלה/הפגיעה: _____ אחוזי נכות: _____

מצב ניידות/פגיעה: _____
1. הליכה חופשית ללא עזרה
2. הליכה בעזרת עזרים, סוג _____
3. כסא גלגלים
מצב הידיים: _____ שמיעה: _____
דיבור: _____ ראייה: _____
מצב שליטה על סוגרים: _____
האם עבר/ה ניתוח: כן/לא באיזה גיל: _____ סוג הניתוח: _____

האם מקבלת/ת טיפול פרא-רפואי כן/לא
1. פיזיותרפיה 2. הידרותרפיה 3. ריפוי בדיבור 4. רכיבה טיפולית
5. ריפוי בעיסוק 6. אחר

באיזה מסגרת מקבלת את הטיפולים: _____

חברות בקופ"ח: 1. כללית 2. מכבי 3. מאוחדת 4. לאומית
מטופל במחלקה לשירותים חברתיים: _____

שם האב: _____ תאריך לידה: _____ השכלה: _____ מקום עבודה: _____
טלפון בעבודה: _____ טלפון נייד: _____ כתובת דוא"ל: _____

שם האם: _____ תאריך לידה: _____ השכלה: _____ מקום עבודה: _____
טלפון בעבודה: _____ טלפון נייד: _____ כתובת דוא"ל: _____

מספר הילדים פרט לילד הנכה: _____ טווח גילאים: _____
מספר החדרים בבית: _____ קומה: _____ מספר המדרגות: _____
יש מעלית כן/לא
האם יש למשפחה רכב: כן/לא, האם מותאם לנכה כן/לא
האם מקבלים קצבת נכות: כן/לא סכום: _____
האם מקבלים קצבת ניידות: כן/לא סכום: _____
האם מקבלים קצבת שירותים מיוחדים: כן/לא סכום: _____
משכורת האב: _____ משכורת האם: _____
הכנסות אחרות מקצבה/מתמיכה קבועה: _____
לפרט: _____ סכום: _____

פרטי אפוטרופוס (אם יש) _____
שמו המלא של ממלא הטופס ותפקידו: _____

* יש לצרף צילום של תלושי משכורת ו/או אישורים על הכנסות.



(נספח 2)

כתב ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ: _____ בעל ת.ז. מס': _____
כתובתי: _____
הורה/אפוטרופוס של: _____ ת.ז. מס': _____
(להלן: "ילדי")
נותן בזה רשות לכל עובד ו/או מתנדב באיל"ן בסניף: _____
לכל עובד במסגרת: _____ שכתובתה: _____

למסור לכל עובד שיקומי, ו/או עובד סוציאלי, ו/או עובד פרא-רפואי, ו/או עובד חינוכי, ו/או סיעודי, שעובד במסגרת (להלן "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, באופן שידרוש המבקש, על מצבו הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או על כל מחלה שחלה בה ילדי הנ"ל.

אני משחרר בזה אתכם ו/או כל רופא ו/או כל עובד אחר מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדתיכם, כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים ו/או כל סניף מסניפי מוסדותיכם מחוברת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצב הבריאותי והרפואי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או מחלותיו כאמור של ילדי. כמו כן, הנני מתיר לכם בזאת לקבל ולתת כל מידע מכל תיק שנפתח על שמו/שמי בכל אחד או יותר מהמוסדות הנ"ל כולל מידע על התשלומים שהמוסדות הנ"ל שילמו ומשלמים לילדי.

הנני מוותר על הסודיות כלפי המבקש, ו/או כלפי איל"ן ולא תהיה לי טענה ו/או תביעה מסוג כלשהו כנגדכם ו/או כנגד כל המוסדות לרבות קופות חולים ו/או מי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981, ו/או לפי כל חוק אחר, כגון חוק העו"ס וכד' והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן, ו/או כלפי איל"ן ו/או מי מטעמו.

ויתור זה יעמוד בתוקפו כל עוד אני/ילדי א/יהיה מטופל ע"י מוסדות איל"ן השונים.

תאריך: _____ חתימה: _____





(נספח 3)

לכבוד

איל"ן – איגוד ישראלי לילדים נפגעים (ע"ר) תאריך _____

הנדון: כתב התחייבות לגילוי נאות בקשר לפניות לסיוע לועדת עזרה של איל"ן

אני הח"מ _____, בעל ת.ז. מס' _____, הורה/אפוטרופוס של _____ בעל ת.ז. מס' _____, (להלן: "ילדי/חסוי"), מתחייב בזאת למסור לאיל"ן מידע מלא ושוטף על כל התקבולים ו/או הפיצויים ו/או מקורות מימון וסיוע אחרים מכל מקור אחר שהוא (להלן: "תגמולים"), שאני או ילדי/החסוי קבלנו בעבר, מקבלים כיום או אמורים לקבל בעתיד בגין נכות/נכות ילדי/נכות החסוי. כ"כ הנני מתחייב לעדכן את איל"ן במידה ויחול שינוי במידע ו/או יגיע מידע חדש לידי לגבי התגמולים כאמור.

תאריך _____ שם ההורה/ אפוטרופוס _____
חתימה של הורה/אפוטרופוס _____

- אם המבקש אינו קטין או חסוי, אזי עליו למלא את השורה הראשונה בלבד.
- בפניה לגבי קטין או חסוי יש למלא את כל הפרטים בשתי השורות הראשונות.

