



תאריך: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**טופס בינושה לביצוע מבחן הערכת תלות**

א. פרטים אישיים של הזנבש

ת"ז \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מצב משפחתי \_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ שם האב: \_\_\_\_\_ מין: \_\_\_\_\_ תאריך עליה: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

שפות דיבור: \_\_\_\_\_

קופת חולים:  כללית  מאוחדת  מכבי  לאומית  אחרת

הכתובת בה גר(ה) הזקן(ה): \_\_\_\_\_

רחוב: \_\_\_\_\_ מספר ב"ז: \_\_\_\_\_ כניסה: \_\_\_\_\_ דירה: \_\_\_\_\_ ישוב: \_\_\_\_\_

מיקוד: \_\_\_\_\_ מספר טלפון: \_\_\_\_\_ מספר טלפון נייד: \_\_\_\_\_

נמצאת/ כעת ב:  בכתובת הנ"ל  בית חולים, פרט \_\_\_\_\_ תאריך שחרור: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

בכתובת אחרת, אנל, פרט \_\_\_\_\_

האם גר(ה) במוסד/ בית אבד:  לו  כן

ב. מטפל עיקרי לתאום בינור

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ הקשר לזקן \_\_\_\_\_

טלפון \_\_\_\_\_ טלון נייד \_\_\_\_\_

ג. כתובת לתאום ולמשלוח מכתבים

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ הקשר לזקן \_\_\_\_\_

רחוב/ שכונה \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_

ישוב \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_



**ד. האנשים שגרים עם המבקש**

ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	יחס קירבה	שנת לידה	עיסוק
1					
2					
3					
4					

ה. תפקוד בפעולות היום יום (סמן בכל אחד מהתפקודים את האפשרות המתאימה: עצמאי או זקוק לעזרה)

?	עצמאי	זקוק לעזרה
ניידות בבית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
הלבשה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
רחצה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
אכילה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
טיפול בהפרשות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**לבקשה יש לצרף את המסמכים הבאים:**

מצ"ב אישור על תשלום השלמת א.ד.ת בקשה להעסקת עובד זר-מבחן תלות ע"ס 280 ש.

מצ"ב טופס סיכום מידע רפואי ממולא ע"י רופא ומודפס.

מצ"ב סיכום מחלה מוגשפוז (במידה והיה במהלך שלושת החודשים האחרונים).

שם ומשפחה \_\_\_\_\_ חאריד \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_