



מדינת ישראל
 משרד הרווחה והשירותים החברתיים
 לשכה מחוזית חיפה והצפון
 השירות לטיפול באדם המפגר



תאריך ההפניה: _____

הפניה לועדת השמה לסידור חוץ ביתי – האגף לטיפול באדם המפגר

מחלקה לשירותים חברתיים _____ סמל רשות _____

שם עו"ס מטפלת _____ טלפון _____ נייד _____ פקס _____

כתובת המייל _____

לכבוד
 המפקח/ת המחוזית

הנדון: פרטי המועמד

1. **פרטים דמוגרפיים:**

פרטים אודות המועמד/ת להשמה

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

מספר זהות: _____ תאריך לידה: _____

מצב משפחתי: רווק / נשוי / נשוי+ילדים / אלמן / גרוש / פרוד / חד הורי

אפוטרופוס: טבעי / על פי מינוי (משפחה) / על פי מינוי (חיצוני)

מגורים: לבד / ההורים / בן משפחה / אחר: _____

רחוב חסן שוקרי 5, חיפה טלפון 04-8619464/101/102 פקס 04-8619466
 דואר אלקטרוני: tamarr@molsa.gov.il

אתרנו באינטרנט: WWW.MOLSA.GOV.IL ממשל זמין: www.gov.il



מדינת ישראל
 משרד הרווחה והשירותים החברתיים
 לשכה מחוזית חיפה והצפון
 השירות לטיפול באדם המפגר



כתובת: רחוב _____ מס' _____
 ישוב _____ מס' טלפון: _____
 ארץ מוצא: _____ שנת עליה _____
 שליטה בשפה: עברית / רוסית / ערבית / אמהרית אחר _____
 מידת דתיות: חילוני / מסורתי / דתי / חרדי /
 לאום / דת: _____
 מסגרת יומית: בייס / יום ארוך / מע"ש / תעסוקה נתמכת / מסגרת טיפולית-
 סיעודית +21 / מועדון / ללא מסגרת-שוהה בבית

2.) סטטוס משפחת מוצא:

א. ההורים: נשואים / גרושים / חיים בנפרד / חד הוריים / אלמנים / משפחה אומנת

ב. מספר ילדים _____

מיקום המועמד על רצף מספר הילדים במשפחה _____

תאור תפקוד הורי / משפחתי (הורי המועמד) _____

ג. אופי הקשרים של המועמד עם בני משפחתו (הורים, בן זוג, ילדים, אחרים

משמעותיים) _____

רחוב חסן שוקרי 5, חיפה טלפון 04-8619464/101/102 פקס 04-8619466
 דואר אלקטרוני: tamarr@molsa.gov.il

אתרנו באינטרנט: WWW.MOLSA.GOV.IL ממשל זמין: www.gov.il



מדינת ישראל
 משרד הרווחה והשירותים החברתיים
 לשכה מחוזית חיפה והצפון
 השירות לטיפול באדם המפגר



3.) מידע אבחוני:

תאריכי אבחונים וועדות אבחון והחלטות על רמת תפקוד + החלטה על תחום

המגורים (יש לצטט מתוכן ההחלטה): _____

4.) איפיוני הנכות:

<u>סוג הנכות</u>	<u>כן</u>	<u>לא</u>	<u>פרט אבחנה / עזרים נילווים</u>
רמת תפקוד על פי ועדת אבחון			
נכות פיזית			
לקות חושית שמיעה/ראיה			
הפרעות קשב וריכוז			
הפרעת התנהגות			
תסמונת תורשתית			
הפרעת אישיות			

א.) פרטי הרקע להתפתחות הליקוי: _____

ב.) מאפיינים התנהגותיים ונפשיים (פסיכיאטריים) בולטים של המועמד/ת:

רחוב חסן שוקרי 5, חיפה טלפון 04-8619464/101/102 פקס 04-8619466
 דואר אלקטרוני: tamarr@molsa.gov.il

אתרנו באינטרנט: WWW.MOLSA.GOV.IL ממשל זמין: www.gov.il



מדינת ישראל
 משרד הרווחה והשירותים החברתיים
 לשכה מחוזית חיפה והצפון
 השירות לטיפול באדם המפגר



ג. תפקודי ADL מהשנה האחרונה :

<u>תלוי לחלוטין</u>	<u>חלקי – סוגי תמיכות / עזרים</u>	<u>עצמאי</u>	
			לבוש
			רחצה
			אכילה
			שירותים
			ניידות

ה. המועמד/ת והחוק :

א. האם היו דיווחים על חשד לפגיעה פיזית / מינית / נפשית / הזנחה כלפי המועמד

בתוך המשפחה / מחוץ למשפחה : _____

ב. האם היו דיווחים על פגיעות או עבירות שגרם/ה המועמד/ה במידה והיו דיווחים :

פרטי דיווחים ודרכי טיפול _____

ג. תארי בקצרה דרכי התערבות (מכון רם, שירות מבחן, פקידות סעד וכו')

רחוב חסן שוקרי 5, חיפה טלפון 04-8619464/101/102 פקס 04-8619466
 דואר אלקטרוני : tamarr@molsa.gov.il

אתרנו באינטרנט : WWW.MOLSA.GOV.IL ממשל זמין : www.gov.il



מדינת ישראל
 משרד הרווחה והשירותים החברתיים
 לשכה מחוזית חיפה והצפון
 השירות לטיפול באדם המפגר



6. לקראת השמה :

א. פניה לועדת ההשמה – מקור וסיבת היוזמה לפניה (ימולא בשיתוף עם המשפחה במילותיה) :

מועמד/ת / בני משפחה / עו"ס / פקיד/ת סעד / אחר (פרטי): _____

ב. פרטי מסגרות חוץ ביתיות קודמות (אם היו), סיבות למעבר, ציין/י תאריכי שהיה

במסגרות ואופן התפקוד בהן : _____

ג. פרטי התערבויות שנעשו בקהילה בהכנת המועמד והמשפחה לקראת ההשמה :

רחוב חסן שוקרי 5, חיפה טלפון 04-8619464/101/102 פקס 04-8619466
 דואר אלקטרוני : tamarr@molsa.gov.il

אתרנו באינטרנט : WWW.MOLSA.GOV.IL ממשל זמין : www.gov.il



מדינת ישראל
 משרד הרווחה והשירותים החברתיים
 לשכה מחוזית חיפה והצפון
 השירות לטיפול באדם המפגר



ד. הסכמת המשפחה על השתתפות הורים מתחת לגיל 18 / פיצול קיצבה מעל גיל 18 וחתירת ההורים על טופס "הסכם הורים" לפני ביצוע ההשמה * .
 האם ניתן למשפחה הסבר על ההשלכות הכלכליות של ההשמה ביחס למצויין בסעיף ד' ?

ה. בקשות מיוחדות למסגרת המבוקשת * :

חילוני / דתי / חרדי

מעון / הוסטל / דירה

קירבה למגורי המשפחה: כן / לא / לא משמעותי

אחר פרטי: _____

* ימולא עם המשפחה.

ו. מידת מוכנות ובשלות של המועמד/ת ליציאה מחוץ לבית:

במידה רבה מאוד	במידה רבה	במידה בינונית	במידה נמוכה	במידה נמוכה מאוד
5	4	3	2	1

ז. מידת מוכנות ובשלות של משפחת המועמד/ת ליציאה חוץ ביתית:

במידה רבה מאוד	במידה רבה	במידה בינונית	במידה נמוכה	במידה נמוכה מאוד
----------------	-----------	---------------	-------------	------------------

רחוב חסן שוקרי 5, חיפה טלפון 04-8619464/101/102 פקס 04-8619466
 דואר אלקטרוני: tamarr@molsa.gov.il

אתרנו באינטרנט: WWW.MOLSA.GOV.IL ממשל זמין: www.gov.il



מדינת ישראל
 משרד הרווחה והשירותים החברתיים
 לשכה מחוזית חיפה והצפון
 השירות לטיפול באדם המפגר



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

ח. המלצת העובד/ת לגבי סוג הקליטה: מיידית / מדורגת (כולל תוכנית אירוח, נופשון וכו').

טלפון ו/או סלולרי

חתימה

שם ממלא הטופס-עו"ס

ט. המלצת המפקח:

מסמכים מצורפים:

1. טופס ויתור סודיות למסירת חומר על השמה.

רחוב חסן שוקרי 5, חיפה טלפון 04-8619464/101/102 פקס 04-8619466
 דואר אלקטרוני: tamarr@molsa.gov.il

ממשל זמין: www.gov.il



אתרנו באינטרנט: WWW.MOLSA.GOV.IL



מדינת ישראל
 משרד הרווחה והשירותים החברתיים
 לשכה מחוזית חיפה והצפון
 השירות לטיפול באדם המפגר



- (.2 סיכום אבחון וועדת אבחון של האגף לטיפול באדם המפגר מתאריך _____.
- (.3 טופס הפניה והצהרה (בלשכה-חתימת הורים).
- (.4 סיכום תיק רפואי (שנה אחרונה) מרופא משפחה או סיכומי אישפוז בשנתיים האחרונות מתאריך _____.
- (.5 דו"ח התפתחותי (תינוקות וילדים) מתאריך _____.
- (.6 דו"ח תיפקודי ו/או חינוכי ממסגרת יומית/חוץ ביתית (לימודיות, תעסוקתיות, חברתיות).
- (.7 הערכה פסיכיאטרית מפורטת במידה וקיימת כולל אשפוזים פסיכיאטריים בשנתיים האחרונות מתאריך _____.
- (.8 דו"חות ממכון רם _____.
- (.9 החלטות בית משפט (צירוף פרוטוקול בית משפט) מתאריך _____.

טופס הפניה להשמה

רחוב חסן שוקרי 5, חיפה טלפון 04-8619464/101/102 פקס 04-8619466
 דואר אלקטרוני: tamarr@molsa.gov.il

אתרנו באינטרנט: WWW.MOLSA.GOV.IL ממשל זמין: www.gov.il