



אגף הרווחה והשירותים החברתיים עיריית מודיעין עילית



בס"ד

בקשה למעון/משפחתו/רב תכליתי לשנת תשפ"ב

חובה לצרף את המסמכים הבאים לטפסי הבקשה תוך הקפדה על כל הפרטים

האשורים הנדרשים

צלום תעודת זהות + ספח – יש לוודא שכתובת המשפחה במודיעין עילית והספח כולל את כל הילדים

אשורי הכנסה דלוונטיים:

- חובה לצרף עובר ושב מחודש ינואר/פברואר, או 3 חודשים אחרונים הסמוכים לוועדה
- להורים עובדים – תלושי שכר לחודשים ינואר, פברואר האחרונים, הכוללים פירוט שעות שבועיות והיקף משרה.
- לאברכים – אשור כולל מעודכן מ-3 חודשים האחרונים, בציון גובה המילגה!
- למקבלי קצבאות מביטוח לאומי/מלגות – מסמך המפרט את גובה הקצבה
- אב עצמאי – שומת מס האחרונה
- הכנסות נוספות – מרכוש, שכר דירה וכד', יש לציין בטופס פניה והצהרה

לתשומת ליבכם!

- אם עובדת מעל 24 שעות – זכאית תמ"ת
- אם עצמאית – זכאית תמ"ת
- סטודנטית במסגרת לימודים רשמית – זכאית תמ"ת
- המעון מאושר מגיל חצי שנה – במקרים חריגים ראש הצוות יכולה לאשר מגיל 3 חודשים
- באחריות המשפחה לשריין מקום במסגרת המבוקשת (למעט רב תכליתי)
- דרגת הזכאות תשלח להורים
- על העו"ס למלא טופס החלטה ולהעביר ניילונית עם כל החומר לעו"ס לקביעת דרגת השתתפות
- במקרה של אי זכאות כשקיימת נזקקות – ניתן לפנות לאישור חריג לפיקוח, בכפוף להמלצת ראש הצוות

תאריך ההחלטה _____

למילוי ע"י ההורים:

שם משפחה _____ שם פרטי של הילד _____ ת.ז. _____
 תאריך לידה _____
 שם המסגרת המבוקשת _____ תאריך כניסה _____
 נא להקיף - ילד חדש במסגרת/ ממשיך באותה מסגרת

(למקרה של ילד נוסף)

שם משפחה _____ שם פרטי של הילד _____ ת.ז. _____
 תאריך לידה _____
 שם המסגרת המבוקשת _____ תאריך כניסה _____
 נא להקיף - ילד חדש במסגרת/ ממשיך באותה מסגרת

שם ראש המשפחה _____ עיסוק _____ עיסוק האם _____
 כתובת _____ טל _____ נייד _____
 שם ממלא הטופס _____ שם העו"ס _____ תאריך _____

תוספת ראשונה

(תקנה 2)

טופס 1

טופס פניה לוועדה לפי חוק פעוטות בסיכון (הזכות למעון יום), התש"ס-2000 (להלן - החוק)

חלק א': כללי

תאריך: _____

שם הרשות המקומית: _____

חלק ב': פרטים

פרטי הפעוט:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

מספר תעודת זהות: _____

תאריך לידה: _____;

גיל הפעוט ב-1 בספטמבר של שנת הלימודים המבוקשת: _____;

מתגורר עם: _____ כתובת מגורים: _____

טלפון בבית: _____ טלפון נייד: _____

מין: (1) זכר (2) נקבה

פרטי האחראי:

אב: שם פרטי ושם משפחה: _____

מספר תעודת זהות: _____ כתובת: _____

אם: שם פרטי ושם משפחה: _____

מספר תעודת זהות: _____ כתובת: _____

אחראי אחר: שם פרטי ושם משפחה: _____ מספר תעודת זהות: _____

כתובת: _____ קשר לפעוט: _____

פרטים נוספים: (נא להקיף בעיגול)

האם עניינו של הפעוט נדון בפני הוועדה בעבר? לא / כן, בתאריך _____:

האם הפעוט שהה במעון יום? כן / לא;

חלק ג': מצב/י הסיכון הנטען/ים (נא סמן את מצב הסיכון)

□ סעיף 13(1) לחוק: לפי דעתו של עובד סוציאלי ועל סמך חוות דעת רפואית הפעוט מוכה, או שצרכיו ההתפתחותיים אינם נענים עקב הזנחה מותמשכת ;

□ סעיף 13(2) לחוק: אחד מהורי הפעוט אינו מתפקד כראוי מחמת אלימות במשפחה, הפרעה נפשית, מחלת נפש, אלכוהוליזם, התמכרות לסמים, פיגור, נכות קשה, זנות, עבריינות או מחלה כרונית של אחד מבני המשפחה ;

□ סעיף 13(5) לחוק: הפעוט מעוכב התפתחות, על סמך אישור רופא ילדים בעל ניסיון בתחום התפתחות הילד או פסיכולוג התפתחותי וקיימות נסיבות משפחתיות שבשלחן יש חשש ממשי להתפתחותו התקינה של הפעוט ;

חלק ד': מסמכים

לפנייה מצורפים המסמכים האלה (סמן):

טור א'	טור ב'	טור ג'	טור ד'
1.	סעיפי החוק	הגדרת מצב הסיכון	המסמכים הנדרשים
2.	(1)3	פעוט מוכה	<input type="checkbox"/> חוות דעת עובד סוציאלי + <input type="checkbox"/> חוות דעת רפואית
3.	(1)3	פעוט שצרכיו ההתפתחותיים אינם נענים עקב הזנחה מתמשכת	<input type="checkbox"/> חוות דעת עובד סוציאלי + <input type="checkbox"/> חוות דעת רפואית
4.	(2)3	אחד מהורי הפעוט אינו מתפקד כראוי מחמת: אלימות במשפחה, אלכוהוליזם, התמכרות לסמים, זנות, עבריינות	<input type="checkbox"/> חוות דעת עובד סוציאלי
5.	(2)3	אחד מהורי הפעוט אינו מתפקד כראוי מחמת: הפרעה נפשית, מחלת נפש, נכות קשה, מחלה כרונית של אחד מבני המשפחה.	<input type="checkbox"/> חוות דעת עובד סוציאלי + <input type="checkbox"/> חוות דעת רפואית או סיכום מידע רפואי
6.	(2)3	אחד מהורי הפעוט אינו מתפקד כראוי מחמת פיגור	<input type="checkbox"/> חוות דעת עובד סוציאלי + <input type="checkbox"/> החלטת ועדת אבחון לפי סעיף 7 לחוק הסעד (טיפול במפגרים), התשכ"ט-1969.
7.	(5)3	הפעוט מעוכב התפתחות וקיימות נסיבות משפחתיות שבשלהן יש חשש מומשי להתפתחותו התקינה של הפעוט	<input type="checkbox"/> חוות דעת עובד סוציאלי + <input type="checkbox"/> אישור רופא ילדים בעל ניסיון בתחום התפתחות הילד או <input type="checkbox"/> אישור של פסיכולוג התפתחותי
8.			<input type="checkbox"/> מסמכים נוספים, אם קיימים, שהוגשו לעובד הסוציאלי העשויים לסייע לוועדה: _____ _____ _____

הערות:

חתימה

שם העובד הסוציאלי

תוספת שניה

(תקנה 9)

טופס 2

היעוד החלטות הוועדה לפי חוק פעוטות בסיכון (הזכות למעון יום), התש"ס-2000 (להלן- החוק)

חלק א': כללי

תאריך: _____

שם הרשות המקומית: _____

חלק ב': פרטים

פרטי הפעוט: שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

מספר תעודת זהות: _____

פרטי האחראי: _____

1. שם פרטי ושם משפחה: _____ תעודת זהות: _____

קשר לפעוט: _____

2. שם פרטי ושם משפחה: _____ תעודת זהות: _____

קשר לפעוט: _____

האם האחראי השתתף בישיבת הוועדה (סמן): (1) כן (2) לא

אם האחראי לא השתתף - סיבת אי החשתתפות:

סוג הדין (סמן): ראשון / חוזר שמספרו _____ / חירוב / אחר _____

חלק ג': מסמכים

בפני הוועדה הונחו המסמכים האלה (נא הקף בעיגול):

(1) טופס 1 – פנייה לוועדה באמצעות העובד הסוציאלי

המסמכים האלה (סמן):

טור א'	טור ב'	טור ג'	טור ד'
1.	סעיפי החוק	הגדרת מצב הסיכון	המסמכים שהוגשו
2.	(1)3	הפעוט מיכה	<input type="checkbox"/> חוות דעת עובד סוציאלי + <input type="checkbox"/> חוות דעת רפואית
3.	(1)3	פעוט שצרכיו ההתפתחותיים אינם נענים עקב הזנחה מתמשכת	<input type="checkbox"/> חוות דעת עובד סוציאלי + <input type="checkbox"/> חוות דעת רפואית
4.	(2)3	אחד מהורי הפעוט אינו מתפקד כראוי מחמת אלימות במשפחה, אכזריות, התמכרות לסמים, עבריינות	<input type="checkbox"/> חוות דעת עובד סוציאלי
5.	(2)3	אחד מהורי הפעוט אינו מתפקד כראוי מחמת הפרעה נפשית, מחלת נפש, נכות קשה, מחלה כרונית של אחד מבני המשפחה.	<input type="checkbox"/> חוות דעת עובד סוציאלי + <input type="checkbox"/> חוות דעת רפואית או סיכום מידע רפואי
6.	(2)3	אחד מהורי הפעוט אינו מתפקד כראוי מחמת פיגור	<input type="checkbox"/> חוות דעת עובד סוציאלי + <input type="checkbox"/> החלטת ועדת אבחון לפי סעיף 7 לחוק הסעד (טיפול במפגרים) התשכ"ט-1969.
7.	(3)3	הפעוט מעוכב התפתחות וקיימות נסיבות משפחתיות שבשלן יש חשש ממשי להתפתחותו התקינה של הפעוט	<input type="checkbox"/> חוות דעת עובד סוציאלי + <input type="checkbox"/> אישור רופא ילדים בעל ניסיון בתחום התפתחות הילד או <input type="checkbox"/> אישור של פסיכולוג התפתחותי
8.			<input type="checkbox"/> מסמכים נוספים, ככל שקיימים שהוגשו לעובד הסוציאלי העשויים לסייע לוועדה.

חלק ד': עיקרי הדיון

נקודות עיקריות שהועלו בדיון

חלק ה': קביעת הוועדה ודרכי הטיפול המומלצות על ידה

1. קביעת הוועדה: (סמן)

☐ הפעוט הוא פעוט בסיכון לפי סעיף.

☐ 3(1) לחוק

☐ 3(2) לחוק.

☐ 3(5) לחוק.

הוקף הקביעה והזכות למעון יום היא למשך: _____
המצאת אישור על זכות הפעוט למעון יום לאחראי:

☐ מסירה במעמד הדיון

☐ מסירה לאחר הדיון

☐ הפעוט אינו פעוט בסיכון מהנימוקים האלה:

2. דרכי הטיפול:

סוג הטיפול	למי מיועד	הגורם נותן הטיפול	מועד לתחילת הטיפול	הגורם האחראי ליישום/מעקב

הגורם האחראי ליישום ומעקב אחר המכלול של קביעת הוועדה ותמלצותיה: _____
דעת מיעוט, אם קיימת:

חברי הוועדה שהשתתפו בדיון:

שם ושם משפחה	תפקיד	חתימה

חתימת
הזרה ←

חתימה

תפקיד

שם ממלא הטיפול

האחראי רשאי לערור על החלטה זו בתוך 30 יום בפני ועדת ערר על פי חוק שירותי הסעד,
התשי"ח-1958, שמענה _____

הערת
האחראי על הפעוט
תיק משפחה

טופס ויתור סודיות לקבלת / מסירת מידע

לכבוד

המחלקה לשירותים חברתיים

רשות מודיעין עילית

ג.א.נ.,

אני החתום/ה מטה _____ מ.ז. _____

כתובת: _____ מודיעין עילית. טלפון: _____

מסכים בזה ונותן רשות לעובדי המחלקה לשירותי הרווחה במודיעין עילית לקבל/ למסור

לגורמים הרשומים מטה מידע, אודותי ו/או לגבי משפחתי:

1. כל גורם רלוונטי לטיפול סעודי/ סוציאלי

2.

3.

לצורך:

הנני משחרר אתכם מחובת שמירת הסודיות ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה בגין הפרת הסודיות.

אני מצהיר שקראתי, הוסבר לי והבנתי את כל האמור לעיל וחתמתי מרצוני החופשי.

חתימה

שם מלא

תאריך

חתימת העו"ס/נציגת המחלקה

תאריך

חתימה

שם מלא

חתום בנוכחות בן משפחה



נספח מספר 1

טופס פניה למחלקה לשירותים חברתיים

ברוכים הבאים למחלקה לשירותים חברתיים

שם בן/בת הזוג (אם יש): _____

שם הלקוח/ה: _____

מס' זהות: _____

מס' זהות: _____

אני פונה אליכם מיוזמתי, ועל דעתי ומבקש/ת לבחון אפשרויות לקבל סיוע בתחומים הבאים (סמני ב-X):

☐ טיפול סוציאלי אישי _____

☐ טיפול סוציאלי זוגי _____

☐ טיפול סוציאלי לילדי _____

☐ מיצוי זכויות בתחום _____

☐ תיווך לסיוע גופים/מוסדות אחרים _____

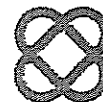
☐ השמה במסגרות אוסמך מקצועי (דורש חתימה על טופס הצהרה) _____

☐ סיוע כספי (דורש חתימה על טופס הצהרה) _____

1. ידוע לי כי הטיפול בפנייתי יהיה בכפוף לחוק שירותי הסעד התשי"ח – 1958, וחוראות התע"ס (תקנון עבודה סוציאלית) ובכפוף לקריטריונים לפתיחת תיק במחלקה לשירותים חברתיים. הטיפול המקצועי יינתן לי על ידי עובד סוציאלי הרשום בפנקס העובדים הסוציאליים, כהגדרתו בחוק העובדים הסוציאליים, תשנ"ו-1996.

2. ידוע לי כי לצורך קבלת התערבות מקצועית, אני ומשפחתי נעבור תהליך אבחון והערכה שבסופו תיקבע החלטה, האם ייפתח תהליך התערבות ובאיזה אופן. אני מתחייב/ת לשתף פעולה בתהליך זה ולמסור כל מידע רלוונטי לצורך קבלת ההחלטה.





3. ידוע לי כי אהיה שותף לתהליך האבחון, וקביעת יעדי הטיפול ובסיום התהליך אחתום על טופס הצהרת מחויבות הדדית מול העו"ס המטפל. בטופס זה תקבע תכנית ההתערבות בשיתוף ובהסכמה עמי ויוגדרו המחויבויות ההדדיות שלי כלקוח ושל המחלקה לתהליך.

4. ידוע לי כי תיק הנפתח במחלקה לשירותים חברתיים הינו תיק משפחה וכולל מידע ונתונים על כל הנפשות בבית המשפחה. במידה שיש לי סייגים בנושא זה עלי לצייןם באופן מפורש כאן:

5. ידוע לי כי החומר שייאסף במהלך ההתערבות יתועד בתיק לקוח ממוחשב ואוכל לקבל מידע בנוגע לטיפול הסוציאלי שאקבל בהתאם להוראות חוק העובדים הסוציאליים, התשנ"ו - 1996.

6. ידוע לי כי על המידע שיצטבר בתיק הלקוח חלה חובת סודיות והעברת מידע או שימוש בו על ידי המחלקה ייעשו אך ורק בהתאם להוראות כל דין.

7. ידוע לי כי לצורך תהליך ההתערבות המקצועית ישתף העו"ס המטפל את הגורמים המנחים אותו מקצועית או בעלי תפקידים נוספים המעורבים מקצועית לצורך קידום ההתערבות. זאת, ללא צורך נוסף בחתימה על ויתור סודיות.

8. ידוע לי כי שירות המותנה בהשתתפות עצמית יינתן לי בכפוף להתחייבותי לשלם את גובה ההשתתפות העצמית שייקבע לי בהתאם למבחני הזכאות הרלבנטיים לאותו עניין.

9. ידוע לי כי אם לא תתקבל החלטה בנוגע לבקשתי לקבל סיוע בתוך 30 ימים מיום חתימתי על טופס פנייה זה בפני המחלקה לשירותים חברתיים, אוכל להגיש ערר על אי מתן החלטה. כמו כן, ידוע לי כי עם קבלת החלטה בנוגע לבקשתי לקבל סיוע, תעמוד לי הזכות להגיש ערר על ההחלטה בתוך 45 יום. ערר על פי כל אחת מהאפשרויות לעיל יוגש לוועדת הערר המקומית, בכתובת: _____.

התחייבות בדבר שמירה על נהלים:

אני מתחייב/ת להתנהג כלפי העובדים וכלפי הרכוש במחלקה לשירותים חברתיים באופן מכבד וללא נקיטת אלימות מילולית או פיזית.

ידוע לי כי אי קיום התחייבות זו עלול להוביל למניעת כניסתי מהמחלקה לתקופה הקבועה בחוק למניעת אלימות במוסדות למתן טיפול, התשע"א - 2011.

תאריך _____ חתימת הלקוח/ה _____

תאריך _____ חתימת בן/בת זוג _____

הנני מצהיר כי הנ"ל חתם/מו על טופס פניה זה לאחר שהוסברה לו/להם משמעותו:

_____ תאריך

_____ חתימה

_____ שם ותפקיד נציג/ת המחלקה לשי"ח





נספח מספר 2:

טופס הצהרה

טופס זה מיועד לבקשות לסיוע הדורשות השתתפות עצמית של הלקוח בהתאם להוראות משרד העבודה והרווחה והשירותים החברתיים

לכבוד
המחלקה לשירותים חברתיים

אני הח"מ _____ מס' ת"ז _____ כתובתי _____
שם בן/בת הזוג (אם יש) _____ מס' ת"ז _____

במסגרת פנייתי למחלקה לשירותים חברתיים אני מצהיר/ה בזאת:

1. כללי: כל הפרטים הנמסרים על ידי נכונים ומדויקים.
2. מצבי המשפחתי:
 - נשוא/אה / גרושה / אלמנה / רווקה / אחר (סמני בעיגול)
 - מס' ילדים עד גיל 18/כיתה יב' / בשירות סדיר בצה"ל / בשירות לאומי _____
 - מס' ילדים בגירים המתגוררים בבית _____
3. נכסים על שמי (סמני בעיגול): אין ברשותי נכסי נדל"ן / ברשותי נכסי נדל"ן בשיעור _____.
4. הכנסותיי הן (סמני בעיגול): משכר עבודה, מופנסיה, מקצבאות, מהשכרת נכס, אחר (פרטי) _____.
5. עדכון פרטים: אני מתחייבת/ה להודיע למחלקה על כל שינוי בסעיפים 2, 3 ו-4 לעיל, בכתב ובתוך חודש מיום השינוי.
6. אימות פרטים:
 - ידוע לי כי אם יימצא שהעובדות שמסרתי במסגרת הצהרתי זו הינן כוזבות, או יימצא כי העלמתי פרטים או עשיתי קנוניה עם אדם אחר וכל זאת בנוגע לסיוע חומרי מבוקש, אהיה צפוי לעונשים בהתאם לתקנה 7 לתקנות שירותי הסעד (פנייה למתן סעד או טיפול סוציאלי) תשכ"ז – 1967.
 - ידוע לי כי על פי חוק שירותי הסעד, התשי"ח – 1958 בסמכותו של עובד סוציאלי שמונה לפי אותו חוק לבדוק אותי וכל אדם אחר בדבר מצבי ובכלל זה בנוגע להצהרתי לעיל.
7. ידוע לי כי כל סיוע הדורש השתתפות עצמית מוטנה ב:
 - חתימה על טופס הצהרת מחויבות הדדית ביני לבין המחלקה לשירותים חברתיים ועמידה בתנאיו.
 - היותו של הסיוע חלק מתכנית התערבות מוסכמת.





משרד העבודה הרווחה
והשירותים החברתיים
חוסן חברתי לישראל



- המצאת פרטים ומסמכים רלוונטיים, עדכניים ומדויקים על ידי.
- קריטריונים הנקבעים על ידי משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים לאותו עניין.
- סדרי עדיפות תקציביים של המחלקה לשירותים חברתיים.
- בחינה מחדש, לפחות אחת לשנה, של הנזקקות ושל הזכאות בסיוע מתמשך (כגון השמה במסגרת).

למען הסר ספק:

אם גילתה המחלקה לשירותים חברתיים כי הפרטים שמסרתי אינם נכונים, תהיה רשאית להפסיק את הסיוע שניתן לי.

תאריך _____ חתימת מצהיר/ה

תאריך _____ חתימת בן/בת זוג

הנני מצהיר כי הנ"ל חתם על הצהרה זו בפני לאחר שהוסברה לו משמעותה:

_____ תאריך

_____ חתימה

_____ שם ותפקיד נציג/ת המחלקה לש"ח



אני הח"מ _____ נושא/ת ת.ז. מספר /_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____ /הנני מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

5. האשה:

- ברוטו _____ נטו לחודש.

- 5.3 ☐ לא עבדתי בחודשים 2020/____/____.

7. ☐ אין לנו כל הכנסה נוספת. ☐ לנו הכנסות חודשיות ממקורות אחרים בסך: _____ ₪.

8. הערות _____ חתימות הרב _____

9. זהו שמי זו חתימתי ותוכן תצהירי אמת.

חתימת המצהיר/ה

אני הח"מ הרב _____ מאשר בזאת כי מר/גב' _____ נושא/ת תעודת זהות _____

מספר: / / / / / / / / / / התייצב/ה בפני ביום _____ וחתמה על תצהירו הנ"ל.

חותמת בית הדין

חתימת הרב