

מיועד  
לתמונת  
הפונה

מדינת ישראל  
משרד הרווחה  
אגף השיקום

**בקשה לקבלת שירותי תמיכה לתקשורת**

**א. פרטים אישיים של הפונה** (ימולא רק ע"י העובד/ת הסוציאלית/ת במחלקה לשירותים חברתיים)

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	שנת עליה
			שנה   חודש   יום	

כתובת

מין זכר נקבה	מצב משפחתי ר / נ / ג / א	רחוב	מספר הבית	שם הישוב	מיקוד

מספר פקס	מספר טלפון

**ב. הצהרת הפונה** (יש לסמן X במשבצות המתאימות)

- אני לקוי/ת שמיעה מלידה או ליקוי השמיעה שלי התרחש עד היותי בן/בת שלוש שנים
- לקוי השמיעה שלי התרחש בהיותי בן/בת \_\_\_\_\_ שנים
- אני מוכר/ת כלקוי/ת שמיעה ע"י משרד הביטחון:  לא  כן
- אני בעל תעודת עיוור:  לא  כן, מספר התעודה \_\_\_\_\_
- אני מבקש/ת להכיר בזכאותי לקבלת שירותי תמיכה לתקשורת.

**הצהרת הפונה**

הנני מצהיר/ה שכל הפרטים שנמסרו לעיל נכונים ומתחייב/ת להודיעכם על שינוי בפרטים שמסרתי תוך 10 ימים מהשינוי. ידוע לי שאם מסרתי פרטים כוזבים אני צפוי/ה לעונשים ולביטול תשלום דמי התקשורת וסל התקשורת.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הפונה \_\_\_\_\_

**ג. פרטי העובד/ת הסוציאלית**

הנני מצהיר/ה כי הנ"ל חתם על הצהרה זו בפני לאחר שהוסברה לו משמעותה.

שם העו"ס המטפלת/ת \_\_\_\_\_ חותמת המחלקה לש"ח \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

הרשות המקומית: \_\_\_\_\_ סמל הרשות המקומית: [ ] [ ] [ ] מחוז: \_\_\_\_\_

**לטופס זה יש לצרף את האישורים להלן:**

- אודיאוגרמה מלאה ממכון אודיאולוגי בחתימת קלינאית תקשורת ומספר הכרה במעמד מטעם משרד הבריאות.
- אישור מהמוסד לבטוח לאומי (במידה וקיים) על כך שהפונה מוכר/ת כלקוי/ת שמיעה ומאיה תאריך מוכר/ת.

הערה: בעת מילוי הטפסים, יש להביא למחלקה לשירותים חברתיים תעודת זהות של הפונה לצורך זיהוי וכן תמונת פספורט אחת של הפונה. התמונה תוצמד לטופס זה במקום המיועד לכך!

<p>הטופס ימולא במקור + 3 עתקים:</p> <p>1. המקור ישלח לאגף השיקום - קלינאית תקשורת ארצית (לבן)</p> <p>2. העתק מסי 1 ישלח למחוז (תכלת)</p> <p>3. העתק מסי 2 ישאר במחלקה לש"ח (ורוד)</p> <p>4. העתק מסי 3 לפונה (ירוק)</p>
---

אזהרה: טופס זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות - המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

## בדיקת רופא/ת א.א.ג.

א. בדיקה רפואית (חלק זה ימולא ע"י רופא/ת א.א.ג. בהתאם לפקודת הרופאים 1976)

1. ממצאי בדיקה אוטוסקופית :

אוזן ימין: \_\_\_\_\_

אוזן שמאל: \_\_\_\_\_

האם סובלת/ת מדלקות אוזניים חוזרות או נוזלים:  לא  כן, בימין/ בשמאל

האם עברה/ת ניתוח שתל קוכלארי:  לא  כן

2. סיבת הלקוי השמיעתי:

מלידה

מחלה (פרט) \_\_\_\_\_

אחר (פרט) \_\_\_\_\_

במקרה של התחרשות, מהו גיל ההתחרשות המשוער? \_\_\_\_\_ שנים ו- \_\_\_\_\_ חודשים.  
הערות: \_\_\_\_\_

סיבת הליקוי השמיעתי נקבעה עפ"י:

אנמנזה  תיעוד רפואי  הכרת הפונה

האדם נבדק על-ידי, זוהה באמצעות תעודת זהות ותמונתו תואמת את זהותו.

שם הרופא: \_\_\_\_\_ חותמת וחתימה: \_\_\_\_\_

תאריך הבדיקה: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

## טופס נלווה לבדיקת שמיעה

טופס זה ימולא ע"י האודיולוגית/ הבודקת בלבד ויצורף לטופס האודיולוגרמה.

א. אנמנזה

הנבדקת/ת לקוית שמיעה מלידה:  כן  לא, באיזה גיל התגלתה הירידה בשמיעה: \_\_\_\_\_

האם משתמשת/ת במכשירי שמיעה:  לא  כן  אוזן ימין  אוזן שמאל

האם עוד מישהו במשפחה סובל מלקוי שמיעה:  לא  כן, (פרט) \_\_\_\_\_

ב. ימולא לאחר ביצוע בדיקת השמיעה

יש לסמן את המשפטים המשקפים בצורה הקרובה ביותר את המציאות (ניתן לסמן יותר ממשפט אחד):

אם הנבדקת/ת משתמשת/ת בשפה ורבלית:  ניתן להבינו/ה בקלות  מובנת חלקית  מובנת בקושי

הנבדקת/ת משתמשת/ת:

בשפת הסימנים  בשילוב שפת סימנים ושפה ורבלית  בקריאת דבור  נזקקת/ת לתרגום לשפת הסימנים

ג. תוצאות הבדיקה

תוצאות הבדיקה (למיטב הבנתי המקצועית):  מהימנות  אינן מהימנות - נעשה ניסיון מצד הנבדקת/ת

להטות את תוצאות הבדיקה

הערות: \_\_\_\_\_

שם הקלינאית: \_\_\_\_\_ חותמת ומס' רשיון: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך הבדיקה: \_\_\_\_\_