

אזהרה!
טופס זה "מכיל מידע מוגן
לפי חוק הגנת הפרטיות",
המוסרו שלא כדין עובר עבירה

טופס הזמנת שירות סמך - מקצועי

(ימולא ב-4 עותקים)

חלק א'

- יעד הטופס: הזמנת שירות (עד 6 חודשים)
 שינוי/הארכה בהזמנת שירות
 המתנה לשירות
 ביטול הזמנת שירות

רשות מקומית: _____
 מחלקה לשירותים חברתיים

1. הזמנת שרות מארגון: _____ שם האירגון _____ סמל האירגון _____
 2. פרטי המחלקה לש"ח המזמינה: _____ שם המחלקה _____ סמל _____ אזור _____ צוות _____ פרטי העו"ס המטפל: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר _____
 3. פרטי הלקוח: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' זהות: _____ תאריך לידה: _____
 4. כתובת הלקוח: _____ רחוב _____ בית מס' _____ כניסה _____ קומה _____ דירה מס' _____ שכונה _____ ישוב _____ מיקוד _____ מס' טלפון קידומת _____ אוטובוס מס' _____

חלק ב'

סמן ב- ליד האפשרות/יות המתאימות
 (אפשר לסמן עד 3 אפשרויות בלבד)

סוג הטיפול	
01	סומכת למשפחה
02	מטפלת בית
03	עזרה בניהול משק בית
04	טיפול אישי
05	טיפול כוללני
06	מסייע שיקומי
07	סייעת שילוב ילדים חריגים במסגרת יומית
08	מטפח לילד
09	שחקית למשפחה
10	טיפול באוטיסטיים
23	עזרה בניהול משק הבית זקן חסידי אומות העולם
24	טיפול אישי זקן חסידי אומות העולם
25	טיפול כוללני זקן חסידי אומות העולם
28	מטפח לילד "עם הפנים לקהילה"
29	שחקית למשפחה - "עם הפנים לקהילה"
54	מטפח לילד - תכנית לאומית
56	מטפח אוטיסטיים תכנית לאומית
60	סומכת למשפחה תכנית לאומית

יעדי הטיפול	
01	ניהול משק בית תקין
02	הקניית מיומנויות בגידול ילדים
03	הקניית מיומנויות בחינוך ילדים
04	עצמאות בקיום קשר עם סוכנויות בקהילה
05	הסתגלות ושילוב חברתי
06	טיפול אישי נאות
07	הקניית מיומנויות בתפקוד יום יומי
08	שיפור ושמירה בתפקוד המשפחה
09	שמירת תפקוד הפרט
10	טיפול וסיוע לילד ע"י גריה וטיפול
11	שילוב הילד החריג במסגרת רגילה

סיבות להזמנה	
01	ליקוי בניהול משק הבית
02	ליקוי בתפקוד הורי
03	קשיים בקשר עם סוכנויות בקהילה
04	קשיים בקשרים חברתיים
05	לקוי תפקוד בגין מחלה, נכות או פיגור
06	העדר אם מהבית
07	תלות בזולת בביצוע פעולות יום יומיות
08	ליקוי ממושך בתפקוד המשפחה
09	קושי בטיפול בילד חריג
10	קושי בשילוב ילד חריג במסגרת רגילה
11	קושי בתפקוד ילד בהיבט אישי, חברתי או לימודי

תכנית עבודה שבועית

שבת	ו	ה	ד	ג	ב	א	משעה
							עד שעה
							משעה
							עד שעה

סוג תקציבי	
01	שרות למשפחה - רגיל
02	שרות למשפחה - קליטת עליה
03	שרות לזקן - רגיל
04	שרות לזקן - קליטת עליה
05	שרות לשיקום - רגיל
06	שרות לשיקום - קליטת עליה
07	שרות למפגר - רגיל
08	שרות למפגר - קליטת עליה
09	שרות ילד ונוער - רגיל
10	שרות ילד ונוער - קליטת עליה

- מקסימום שעות טיפול לחודש _____
 מקסימום שעות טיפול לשבוע _____
 השתתפות הלוקוח (ב-%) _____

משמרות	
01	יום
02	לילה
03	שבת/חג

שנה _____ חודש _____ יום _____
 תאריך סיום

מועד מתן השירות
 שנה _____ חודש _____ יום _____
 תאריך התחלה

- משימות עיקריות בתכנית הטיפול: _____
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 תאריך: _____ חתימת העו"ס המטפל: _____

חותרמת המחלקה: _____

חותרמת הארגון: _____

חלק ג'

אני הח"מ מאשר/ת הזמנת השירות במחלקה לשרותים חברתיים:
 (יש לוודא הטבעת חותמת וחתימת המאשר על כל העותקים)

שם המאשר: _____ תפקיד: _____
 תאריך: _____ חתימה: _____
 * המאשר מנהל/ת המחלקה לשרותים חברתיים או מי שהוסמך על ידו

חלק ד'

אני הח"מ מאשר/ת קבלת הזמנת השירות:
 (יש לוודא הטבעת חותמת וחתימת המאשר על כל העותקים)

שם המאשר: _____ תפקיד: _____
 תאריך: _____ חתימה: _____
 * המאשר - גורם המורשה מטעם הארגון