

## שירותי תמיכה בתקשורת עבור אנשים עם לקות שמיעה

### 5.7

#### 1. כללי

- 1.1 הוראה זאת באה במקום ההוראה מתאריך 22.5.2012.
- 1.2 תקשורת הינה כלי חיוני לשילוב ותפקוד אדם עם לקות שמיעה בחברה ובקהילה ומאפשרת מיצוי ומימוש הפוטנציאל הגלום בו.
- 1.3 מטרת השירותים לאוכלוסייה עם לקות שמיעה הינה לאפשר לה תקשורת עם הסביבה השומעת, ולשפר את התקשורת בתוך קהילת לקויי השמיעה.
- 1.4 בהוראה זו מפורסמים ההנחיות והנהלים בעניין:
  - א. מתן שירותי תמיכה בתקשורת עבור אוכלוסיית אנשים עם לקות שמיעה.
  - ב. יישום הוראות ההסכם בין ממשלת ישראל לבין נציגי החרשים מיום 12.6.2002 בנושא הנ"ל.

#### 2. הגדרות

- 2.1 **קלינאית/תקשורת -**  
אדם שקיבל הכרה מטעם משרד הבריאות כקלינאית/תקשורת.
- 2.2 **לקות שמיעה -**  
פגיעה ביכולת השמיעה של לפחות 50 dB (על פי חישוב ממוצע סיפי השמיעה בתדרים 500 עד 4,000 הרץ (Hz) באוזן הטובה), שנקבעת על ידי בדיקה אודיולוגית ממכון שמיעה המוכר על ידי קופות החולים, והחתומה על ידי קלינאית/תקשורת.
- 2.3 **אודיורמה -**  
תוצאה של בדיקת שמיעה הנעשית במכון אודיולוגי על ידי קלינאית/תקשורת והחתומה על ידו/ה.
- 2.4 **נותן שירות -**  
ארגון המספק שירותי תמיכה לאנשים עם לקות שמיעה, שנבחר במכרז שמפרסם משרד העבודה הרווחה והשירותים החברתיים לעניין זה, מעת לעת.
- 2.5 **בעל תעודת עיוור/לקוי ראייה -**  
אדם שקיבל תעודת עיוור/לקוי ראייה בהתאם למפורט בהוראה 6.3 בתקנון עובדים סוציאליים.
- 2.6 **זקן -**  
אדם שהגיע לגיל פרישה כהגדרתו בחוק גיל פרישה תשס"ד-2004.

### 3. סוגי שירותי תמיכה בתקשורת

הזכאות למתן שירותי תמיכה בתקשורת המפורטים להלן תקבע על ידי קלינאית התקשורת בשירותי ראייה, שמיעה וטכנולוגיה במשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים על סמך המסמכים המפורטים בסעיף 4 להלן.

#### 3.1 שירותי תרגום/תמלול/העתקת סימנים ודיבור

##### 3.1.1 מטרת השירות

השירותים מיועדים לסייע ללקוח בתפקודו היומיומי בכל תחומי החיים.

##### 3.1.2 מהות השירות

- 1) שירותי תרגום - תרגום מ/ל שפת הסימנים.
- 2) שירותי תמלול - הקלדת הנאמר, בזמן אמת, על גבי מחשב (נייח או נייד) כך שהאדם עם לקות שמיעה יוכל לקרוא את הנאמר לו, מתוך המסך או ממקרן.
- 3) שירותי העתקת סימנים/דיבור - העברת מידע ממתורגמן לשפת סימנים לאדם עם לקות שמיעה שהוא גם בעל תעודת עיוור/לקוי ראייה, בדרכי תקשורת המתאימות לאותו אדם.
- 4) השירות ינתן לשימוש בתחומים המפורטים להלן, על פי סדר העדיפויות כדלקמן:
  - א. שירותי בריאות
  - ב. חינוך
  - ג. רווחה
  - ד. תעסוקה
  - ה. תרבות פנאי

##### 3.1.3 זכאות

##### א. אדם עם לקות שמיעה

- 1) אדם בגיל 12 ומעלה, שחלה אצלו ירידה בשמיעה של 70 dB ומעלה על פי ממוצע סיפי השמיעה בתדרים 500-4000 הרץ באוזן הטובה, יהיה זכאי ל- 45 שעות תרגום ו/או תמלול בשנה.
- 2) אדם בגיל 12 ומעלה, שחלה אצלו ירידה בשמיעה של 50 dB עד 69.9 dB ומעלה על פי ממוצע סיפי שמיעה בתדרים 500-4000 הרץ באוזן הטובה, יהיה זכאי ל- 16 שעות תרגום ו/או תמלול בשנה.
- 3) עולה חדש בגיל 12 ומעלה שחלה אצלו ירידה בשמיעה של 50 dB עד 69.9 dB ומעלה על פי ממוצע סיפי שמיעה בתדרים 500-4000 הרץ באוזן הטובה, יהיה זכאי ל- 32 שעות תרגום ו/או תמלול בשנה.

##### ב. אדם עם לקות שמיעה ובעל תעודת עיוור/לקוי ראייה

- 1) אדם בגיל 12 ומעלה, שחלה אצלו ירידה בשמיעה של 70 dB ומעלה על פי ממוצע סיפי שמיעה בתדרים 500-4000 הרץ באוזן הטובה והוא בעל

תעודת עיוור/לקוי ראייה, יהיה זכאי ל- 61 שעות תרגום ו/או תמלול ו/או העתקת סימנים בשנה.

(2) אדם בגיל 12 ומעלה, שחלה אצלו ירידה בשמיעה של 50 dB עד 69.9 dB ומעלה עפ"י ממוצע סיפי שמיעה בתדרים 4,000-500 הרץ באוזן הטובה והוא בעל תעודת עיוור/לקוי ראייה, יהיה זכאי ל- 32 שעות תרגום ו/או תמלול ו/או העתקת סימנים בשנה.

### ג. הגדלת מכסת שעות תרגום ו/או תמלול והעתקת סימנים/דיבור

במקרים מיוחדים, רשאי אדם עם לקות שמיעה לבקש הגדלת מכסת שעות התרגום ו/או תמלול והעתקת סימנים/דיבור.

על האדם להפנות את בקשתו לנותן השירות אשר יעבירה לקלינאית התקשורת הארצית של אגף השיקום במשרד העבודה הרווחה והשירותים החברתיים בצרוף חוות דעת שתינתן על ידי גורם שיקבע על ידי קלינאית התקשורת הארצית.

לאחר קבלת הבקשה וכל החומר הנוסף הנדרש, יחליט/תחליט קלינאית התקשורת הארצית לפי שיקול דעתו/ההבלעדית בעניין הבקשה. השיקולים לאישור הגדלת שעות תרגום/תמלול/העתקת סימנים כוללים, בין היתר, בחינה של ניצול שעות תרגום על ידי הזכאי/ת עד למועד הבקשה להגדלת שעות תרגום, הצרכים שעבורם נדרשת תוספת שעות תרגום, היתרה התקציבית העומדת לרשות המשרד, ועוד.

#### 3.1.4 אופן מתן השירות

- (1) שירותי תרגום מ/לשפת סימנים יינתנו באמצעות נותן השירות, וזאת על ידי איש מקצוע בוגר קורס מתורגמנות מ/לשפת סימנים המוכר על ידי המשרד.
- (2) שירותי תמלול יינתנו באמצעות נותן השירות וזאת על ידי קלדנית מיומנת בקלדנות בזמן אמת.
- (3) שירותי העתקת סימנים/דיבור יינתנו בזמן פעילות קבוצתית על ידי אנשים שהוכשרו כמעתיקי סימנים/דיבור באמצעות גוף המוכר על ידי אגף השיקום במשרד הרווחה.

#### 3.1.5 תרגום בחוץ לארץ

- (1) שירותי תרגום בחו"ל יינתנו לזכאים לצרכי נופש ופנאי, בריאות ותעסוקה.
- (2) על הזכאי לבקש אישור **מראש** ממרכז/ת תחום לקויי שמיעה וחרשים להזמנת התרגום.
- (3) המשרד יבחן כל בקשה לגופה והחלטה על אישור תרגום בחוץ לארץ תהיה בהתאם לשיקול דעתו הבלעדי של המשרד.

(4) המשרד יהיה רשאי לאשר בקשות חריגות לתרגום בחוץ לארץ שלא לצרכי נופש, בריאות ותעסוקה, וזאת על פי שיקול דעתו הבלעדי, ובהתאם למהות הבקשה.

(5) בקשות לתרגום בחוץ לארץ יהיו לצרכים שפורטו מעלה בצירוף המסמכים הבאים:

- **בבקשות לתרגום לצרכי נופש ופנאי** – יש לצרף תכנית של יעד הנסיעה (טיול, נופש, סדנא וכו').
- **בבקשות לתרגום לצרכי בריאות** – חומר רפואי המעיד על הצורך בנסיעה בחוץ לארץ.
- **בבקשות לתרגום לצרכים תעסוקתיים** – חוות דעת המעסיק של הזכאי אודות מהות הנסיעה. עבור עובדים עצמאיים יידרש פירוט על ידי הזכאי עצמו אודות מהות הנסיעה.

(6) בכל המקרים של תרגום בחוץ לארץ מספר שעות התרגום המאושרות ייקצב מראש על ידי מרכז/ת תחום לקויי שמיעה וחרשים בהתאם למסמכים שיוצגו כמפורט מעלה. כמו כן מועד תחילת התרגום ומועד סיום התרגום יוגדרו מראש על ידי מרכז/ת תחום לקויי שמיעה וחרשים.

(7) בכל מקרה, מספר שעות התרגום המאושר יינתן בהתאם למספר שעות התרגום שנותרו לזכאי מתוך סל השעות השנתיות.

(8) המשרד לא יישא בעלות הטיסה והשהות בחוץ לארץ של המתורגמן.

(9) המתורגמן יגיש למשרד דו"ח ביצוע על עבודת התרגום בחוץ לארץ כמקובל, ויצרף לדו"ח כרטיס טיסה של המתורגמן.

### 3.1.6 ביטול תרגומים

#### 3.1.6.1 מדד הצרכן

- (1) ניתן לבצע **שלושה** ביטולים מראש, בכל שנה.
- (2) ביטול מראש ייחשב כזה שיעשה בהודעה כתובה שתועבר על ידי הצרכן ישירות למתורגמן ולנותן השירות, 24 שעות **לפחות** לפני מועד התרגום.
- (3) מהביטול הרביעי שיעשה מראש – הצרכן יחויב בשעות התרגום, אשר יקוזזו מההקצאה של שעות התרגום שלהן הוא זכאי.
- (4) ביטול של פחות מ – 24 שעות מראש מותר פעם אחת בשנה בלבד.
- (5) עבור כל מקרה של ביטול נוסף של פחות מ – 24 שעות מראש, הצרכן יחויב בתשלום של 50% מעלות שעת התרגום המגיעה לנותן השירות עבור ביצוע התרגום.
- (6) כאשר הצרכן מאחר לתרגום, התגמול עבור התרגום יינתן במלואו.
- (7) במקרה של הגעת המתורגמן לתרגום שלא התבצע בשל ביטול מראש של פחות מ – 24 שעות על ידי הצרכן – המתורגמן יקבל תשלום מלא עבור התרגום.

אם התרגום שבוטל כאמור נקבע מראש למספר שעות קצובות (לדוגמא: השתלמות של שלוש שעות), המתורגמן יקבל תגמול עבור 50% מהשעות שהוזמנו. שעות אלה תקוזזנה מההקצאה השנתית של שעות תרגום שלהן זכאי המזמין במקרה שהביטול נעשה מראש, ומדובר בביטול רביעי במספר באותה השנה, או לחילופין הצרכן יחויב בתשלום של 50% מעלות שעת התרגום עבור מחצית מהשעות שהוזמנו, וזאת במקרה שהביטול נעשה בטווח של פחות מ-24 שעות מראש, ומדובר בביטול שני במספר באותה השנה.

אם התרגום שבוטל כאמור נקבע מראש למספר ימים (כגון: טיול של מספר ימים, השתלמות של מספר ימים) המתורגמן יקבל תגמול עבור 50% מהשעות שהוזמנו ביום הראשון בלבד לתרגום. שעות אלה תקוזזנה מההקצאה השנתית של שעות התרגום שלהן זכאי המזמין.

### **3.1.6.2 מצד המתורגמן**

(1) המתורגמן לא יהיה זכאי לתגמול עבור כל ביטול שיעשה 24 שעות מראש, על ידי מזמין השירות.

(2) כאשר הצרכן מאחר לתרגום, התגמול עבור התרגום יינתן במלואו.

(3) כאשר הצרכן אינו מגיע למקום התרגום, ואינו מודיע על כך מראש למתורגמן או לנותן השירות, על המתורגמן להמתין שעה במקום התרגום. המתורגמן יקבל תגמול מלא עבור התרגום שהיה אמור להתבצע.

(4) כאשר המתורגמן מאחר לתרגום, תגמול יינתן אך ורק עבור זמן התרגום שנעשה בפועל.

(5) במידה והמתורגמן נעדר ללא הודעה מראש, הצרכן ידווח על ההיעדרות לנותן השירות ולמשרד.

### **3.1.6.3 מצד גורם שלישי**

כאשר הצרכן והמתורגמן מגיעים למקום התרגום, והתרגום מתבטל, מסיבות שאינן תלויות בשניהם (למשל: הרופא לא הגיע למרפאה ולכן לא התקיים התרגום) – המתורגמן יתוגמל על ידי המשרד, שלא על חשבון שעות התרגום של הצרכן.

## **3.2 החזר מסים על קניית מכשיר פקסימיליה נייד או נייד או מודם-פקסימיליה**

### **א. מטרת השירות**

לאפשר לאדם עם לקות שמיעה תקשורת כתובה לצורך תפקודו היום יומי.

### **ב. מהות השירות**

החזר כספי השווה לשיעור המס ערך מוסף ומס קניה על רכישת מכשיר פקסימיליה נייד או נייד או מודם פקסימיליה.

### ג. אופן מתן השירות

החוזר הכספי ישולם לזכאי על ידי נותן השירות. בעלי זכאות לסל תקשורת לא יוכלו לקבל החזר מסים על קניית מכשיר פקסימיליה נייד או נייד או מודם-פקסימיליה אם קבלו החזר על מוצר זה מסל תקשורת כמפורט בסעיף 3.4 להלן.

### ד. הזכאות

1. אדם בגיל 16 ומעלה עם לקות שמיעה שחלה אצלו ירידה בשמיעה של 50 dB ומעלה על פי ממוצע סיפי שמיעה בתדרים 500-4000 הרץ באוזן הטובה.
2. הזכאות להחזר מסים הינה פעם בחמש שנים ליחידה משפחתית כהגדרתה בהוראה 1.22 בתקנון עובדים הסוציאליים.
3. הזכאות להחזר מסים על קניית מכשיר פקסימיליה נייד או נייד או מודם פקסימיליה, הינה מיום פנייתו של המבקש למשרד לצורך קבלת זכאות, ולא ישולם תשלום רטרואקטיבי.

## 3.3 השתתפות ברכישת גלאי בכי

### א. מטרת השירות

סיוע לאדם עם לקות שמיעה שהוא הורה לילד על ידי סיוע ברכישת מכשיר המתריע על בכי של הילד.

### ב. מהות השירות

החזר כספי בגובה 90% מעלות המכשיר אך לא יותר מ- 5 נקודות זיכוי (ני"ז).

### ג. אופן מתן השירות

החוזר ישולם לזכאי על ידי נותן השירות. בעלי זכאות לסל תקשורת לא יוכלו לקבל החזר עבור רכישת גלאי בכי אם קבלו החזר על מוצר זה מסל תקשורת (במסגרת אביזרי התראה (מוניטור)).

### ד. זכאות להשתתפות ברכישת גלאי בכי

1. אדם עם לקות שמיעה שחלה אצלו ירידה בשמיעה של 50 dB ומעלה על פי ממוצע סיפי שמיעה בתדרים 500-4000 הרץ באוזן הטובה והוא הורה לילד עד גיל שלוש.
2. הזכאות להחזר הינה חד פעמית לאדם ויכולה להינתן בכל שלב בו יפנה האדם לקבל הזכאות. המימוש בפועל מותנה בכך שהאדם הוא הורה לפעוט עד גיל 3.

## 3.4 סל תקשורת

### א. מטרת השירות

לעזור לאדם עם לקות שמיעה לרכוש אביזרי עזר לצורך שיפור תפקודו היום יומי.

### ב. מהות השירות

החזר כספי עבור רכישת פריט אחד או יותר מאביזרי העזר המפורטים להלן:

## אביזרי עזר לשמיעה

- מערכת עזר לשמיעה לטלוויזיה
- מערכת הגברה אישית FM
- מגבר אישי לשמיעה

## אביזרי עזר לתקשורת

- טלפון ללקויי שמיעה עם הגברת הצלצול, הגברת הקול והתראה לצלצול – ויזואלית ו/או עם כרית רטיטה.
- מגבר נייד המתחבר לאפרכסת טלפון
- מגבר דיבור לטלפון
- מגבר צלצול לטלפון
- טלפון נייד הכולל כתיבה וקבלת הודעות SMS
- סוללה רוטטת לטלפון נייד
- דיבורית לטלפון נייד עם הגברה או השראה למצב T
- דיבורית לרכב עם השראה למצב T
- וידיאופון
- מכשיר פקס נייד/נייד בכפוף לסעיף 3.2 לעיל
- טלפון לכבדי שמיעה משולב קריאת שפתיים (Speech View)

## אביזרי אתראה

- אינטרקום, מצלמה ומוניטור.
- פעמון דלת מוגבר ו/או מהבהב, אלחוטי או קווי
- חיישן לזיהוי דפיקה בדלת
- גלאי עשן מהבהב
- שעון מעורר רוטט/מהבהב שולחני ו/או ידני
- מתקן לגילוי צפירות חירום לרכב
- מתקן אתראה מהבהב נייד לטלפון/פקח נייד או נייד
- מערכת אתראה משולבת כולל מכשיר נייד לתצוגה ויזואלית ו/או טקטילית.

## אביזרים למחשב/טלוויזיה/לרכב

- מחשב אישי נייד/נייד/כף יד
- מדפסת למחשב
- מצלמה לאינטרנט
- מודמים בהתאם לסעיף 3.2 לעיל (לא כולל סכום המסים שהוחזר)
- ממיר דיגיטלי עבור כתוביות
- מפענח טלטקסט
- מערכת טלוויזיה למשאיות
- T.V PHONE
- ראי פנורמי מיוחד פנימי וחיצוני לרכב.

במקרים מיוחדים ובהתאם לשיקול דעתו הבלעדי, רשאי קלינאי התקשורת הארצי לאשר החזר כספי עבור רכישת אביזרים שאינם מופיעים ברשימה המפורטת לעיל במסגרת סכום הזכאות כמפורט בסעיף 3.4 ה' להלן. השיקולים לאישור חריג לאביזר שאינו מופיע ברשימת האביזרים הם בין היתר, מאפייני הפונה (קיום לקות נוספת, צרכים תעסוקתיים/רפואיים/לימודיים, מאפיינים משפחתיים ועוד), נחיצות המוצר עבור תפקודו האופטימאלי ועוד.

#### ג. אופן מתן השירות

סל תקשורת ישולם לזכאי על ידי נותן השירות כנגד הצגת חשבונית מס/קבלה מקורית.

#### ד. הזכאות

הזכאות לסל תקשורת:

(1) אנשים בגיל 18 ומעלה, עם לקות שמיעה של 70 dB ויותר על פי ממוצע סיפי שמיעה בתדרים 500-4000 הרץ באוזן הטובה ובלבד שלקות השמיעה הזו חלה מלידה או התרחשה עד גיל 3.

- הזכאות לסל תקשורת לא תחול על אישה שהגיעה לגיל 60 וגבר שהגיע לגיל 65, לפני ה- 15.8.2002.

- הזכאות לסל תקשורת הינה מיום פנייתו של המבקש למשרד לצורך קבלת זכאות, ולא ישולם תשלום רטרואקטיבי.

#### ה. גובה הסל ועדכונו

(1) גובה הסל מפורסם בנספח להוראה זו, בחוברת התעריפים, ומתעדכן מעת לעת.

(2) השתתפות משרד העבודה הרווחה והשירותים החברתיים בהחזר כספי של כל פריט כמפורט בסעיף 3.4 ב' לעיל תהיה בגובה 90% מעלות הפריט.

(3) סך סל התקשורת הנזכר למעלה יעמוד לרשות כל אדם כל 4 שנים מיום זכאותו ובמהלכם.

### 3.5 דמי תקשורת

#### 3.5.1 מטרת השירות

סיוע כספי שניתן לאדם עם לקות שמיעה במימון הוצאות שוטפות הנובעות מהלקות.

#### 3.5.2 מהות השירות

סכום כספי חודשי המשולם לאדם עם לקות שמיעה.

#### 3.5.3 אופן מתן השירות

הסכום הכספי יופקד על ידי המשרד מדי חודש בחשבון הבנק של הזכאי.



#### 3.5.4 הזכאות

- א. אנשים מגיל 18 ומעלה, עם לקות שמיעה, אשר להם ירידה בשמיעה של dB 70 ויותר על פי ממוצע סיפי שמיעה בתדרים 500-4000 הרץ באוזן הטובה ובלבד שלקות שמיעה זו חלה מלידה או התרחשה עד גיל 3.
- זכאות לדמי תקשורת לא תחול על אישה שהגיעה לגיל 60 וגבר שהגיע לגיל 65 לפני 15.8.02.
- הזכאות ל דמי תקשורת הינה מיום פנייתו של המבקש למשרד לצורך קבלת זכאות, ולא ישולם תשלום רטרואקטיבי.

#### 3.5.5 גובה דמי התקשורת ועדכונים

- א. גובה דמי התקשורת מפורסמים בחוברת התעריפים ומתעדכנים מעת לעת.
- ב. לאדם עובד (עצמאי או שכיר, העובד לפחות 20 שעות בשבוע) ישולם סכום גבוה יותר מאשר לאדם שאינו עובד, הכל בהתאם למפורט בחוברת התעריפים.

#### 4. דרכי הפניה לקבלת כלל השירותים בהוראה

- 4.1 אדם עם לקות שמיעה יפנה בבקשה לקבלת שירותי תמיכה בתקשורת, למחלקה לשירותים חברתיים במקום מגוריו וימלא טופס בקשה לקבלת שירותי תמיכה בתקשורת שמופיע בנספח א'.
- לטופס הבקשה יש לצרף אודיוגרמה עדכנית של האדם מהשנתיים האחרונות.
- 4.2 המחלקה לשירותים חברתיים תוודא קבלת כל החומר המפורט לעיל מהלקוח (לרבות טופס ממולא וחתום כנדרש) ולאחר מכן תעבירו לקלינאית תקשורת בשירותי ראייה, שמיעה וטכנולוגיה במשרד הראשי של משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים לצורך קביעת זכאותו של הלקוח לשירותי תמיכה בתקשורת.
- 4.3 לאחר קבלת החומר על ידי קלינאית התקשורת ובדיקתו /תמציא את החלטת/ה בדבר זכאותו של הלקוח לקבלת שירותי תמיכה בתקשורת למחלקה לשירותים חברתיים שתעביר את ההחלטה המקורית ללקוח.

#### 5. אופן מתן שירותי תמיכה בתקשורת

- 5.1 אדם עם לקות שמיעה שאושרה זכאותו לקבלת שירותי תמיכה בתקשורת על ידי קלינאית תקשורת בשירותי ראייה, שמיעה וטכנולוגיה יפנה לנותן השירות למימוש הזכאות, תוך צירוף תעודת הזכאות שתניתן לו על ידי המשרד. וזאת, למעט לעניין דמי תקשורת, אשר מועברים על ידי המשרד ישירות לזכאי לאחר שימצא זכאי לכך.
- 5.2 לקבלת דמי תקשורת לפי סעיף 3.5 לעיל ולצורך הוכחת היותו עובד, כאמור בסעיף 3.5.5 (ג) לעיל, על הזכאי לשלוח פרטי חשבון בנק ושלושה תלושי שכר אחרונים למרכז התחום לליקויי שמיעה וחרשים באגף השיקום.

## 6. בדיקה חוזרת

6.1 אדם רשאי לפנות בבקשה לבדיקה חוזרת לגבי החלטת קלינאית התקשורת בשירות ראייה, שמיעה וטכנולוגיה בעניין זכאותו לשירותי תמיכה בתקשורת רק כאשר יש לו נתונים חדשים שיכולים לשנות את ההחלטה שניתנה, וזאת עד חצי שנה מיום מתן ההחלטה על ידי קלינאית תקשורת הארצי/ת.

במקרים מיוחדים רשאית קלינאית התקשורת בשירות ראייה, שמיעה וטכנולוגיה לחרוג מפרק הזמן שנקבע לעיל.

6.2 קלינאית תקשורת בשירות ראייה, שמיעה וטכנולוגיה רשאית לדרוש בדיקה חוזרת בכל עת לעניין אדם שנקבעה זכאותו לקבלת שירותי תמיכה בתקשורת. במסגרת הבדיקה החוזרת רשאית קלינאית התקשורת בשירות ראייה, שמיעה וטכנולוגיה לדרוש מהאדם האמור שיעבור בדיקות נוספות כפי שיקבע וכן ימציא לו כל מידע שיבקש.

במקרה שהאדם האמור לא ימלא אחר בקשתו של קלינאית תקשורת במסגרת בדיקתו החוזרת רשאית יהיה קלינאית התקשורת לבטל את זכאותו לקבלת שירותי תמיכה בתקשורת.

## 7. הגשת השגה לוועדה המקצועית העליונה בתחום חרשים ולקויי שמיעה

לקוח הרואה עצמו נפגע מהחלטת המשרד בעניין זכאותו לשירותי תמיכה בתקשורת המפורטים בהוראה זו, רשאי להגיש השגה לוועדה המקצועית העליונה לקבלת שירותי תמיכה בתקשורת, באגף הערכה, הכרה ותוכניות.

### 7.1 הרכב הוועדה:

מנהלת שירות ראייה, שמיעה וטכנולוגיה (רש"ט)  
מפקח/ת ארצי/ת של אגף הערכה, הכרה ותוכניות שלא דן/ה בשאלת הזכאות של האדם למתן שירותי תמיכה בתקשורת.  
נציג/ת ציבור אנשים עם לקות שמיעה שימנה מנכ"ל המשרד.

### 7.2 הליך הגשת ההשגה לוועדה

7.2.1 המשיג יגיש את ההשגה בכתב לשירות ראייה, שמיעה וטכנולוגיה, מגדלי הבריה, רחוב ירמיהו 39, ירושלים מיקוד 91012, בצירוף מסמכים רלוונטיים, על גבי נוסח נספח ב'.

7.2.2 נציג הוועדה יודיע למשיג תוך 15 יום מיום קבלת מסמכי ההשגה על מועד הדיון, אשר יתקיים תוך 45 יום מיום קבלת מסמכי ההשגה. נוסח ההזמנה לדיון מופיע בנספח ג'.

7.2.3 הוועדה רשאית להזמין לדיון כל אדם שיש לו מידע בנושא הרלוונטי להשגה או לבקש להמציא לה כל מסמך רלוונטי הנוגע להשגה.

7.2.4 מוביל/ת תחום שירותים אישיים לחרשים י/תעביר את התגובה להשגה לכל הפחות 3 ימים לפני מועד הדיון. התגובה תועבר לידי כל חברי הוועדה והמשיג.

### 7.3 הליך הדיון בוועדה

7.3.1 חברי הוועדה ירשמו פרוטוקול של מהלך הדיון. בדיון יהיו נוכחים כל חברי הוועדה וכן המשיג בעצמו. בפתח הדיון היושב ראש יציג בפני הנוכחים את חברי הוועדה ויסביר את הליך הדיון.

7.3.2 הוועדה רשאית לדון בהרכב חסר אך לא פחות משני חברים, ובלבד שנציג הציבור יהא נוכח בדיון. ההחלטה תתקבל בהסכמת שני החברים הנוכחים.

### 7.4 קבלת החלטה

7.4.1 הוועדה תיתן החלטה, בצירוף נימוקים.

7.4.2 החלטת הוועדה ונימוקה, ירשמו בפרוטוקול והוא ייחתם על ידי כל חברי הוועדה הנוכחים בדיון, על גבי נוסח **נספח ד'**.

7.4.3 החלטת הוועדה תתקבל תוך זמן סביר, ולא יאוחר מאשר 30 ימים מיום קיום הדיון.

7.4.4 ההחלטה, בצירוף הנימוקים תשלח בכתב לצדדים, וזאת לא יאוחר מ-10 ימים מיום קבלת החלטת הוועדה.

## 8. דיווח

8.1 אגף השיקום ידווח עבור דמי תקשורת במערכת דמי תקשורת כדלקמן:

סמל	סוג העזרה
1.6	דמי תקשורת לאדם עובד
1.7	דמי תקשורת לאדם שאינו עובד
1.8	דמי תקשורת לזקן שעבד
1.9	דמי תקשורת לזקן שלא עבד

8.2 עבור סל תקשורת, השתתפות ברכישת גלאי בכי והחזר מסים על מכשיר פקסימיליה נייד או נייד או מודם פקסימיליה, יעביר נותן השירות אחת לחודש לקלינאית תקשורת ארצית/רשימת מקבלי השירות וסוג השירות.

8.3 נותן השירות ידווח לאגף השיקום במשרד על כל השירותים הניתנים על ידו ללקוחות הזכאים, הכל בהתאם להסכם שנחתם בינו לבין המשרד בנושא זה.

## 9. מימון

9.1 משרד הרווחה נושא ב- 100% עלותם של שירותי תמיכה בתקשורת לזכאים לכך וזאת בכפוף לתקציב המאושר.

9.2 מימון עלותם של שירותי תמיכה בתקשורת יתבצע על ידי משרד הרווחה והמחלקות לשירותים חברתיים מהתקנות התקציביות כדלקמן:

- א. קניית שירותי תרגום, מ/לשפת הסימנים ותמלול והעתקת סימנים, סל תקשורת, והשתתפות ברכישת גלאי בכי החזר מיסים על קניית פקסימיליה ניח או נייד או מודם פקסימיליה מתקנה תקציבית "שירותים לחרשים" 06.22.27.
- ב. דמי תקשורת מתקנה תקציבית "דמי תקשורת לחרשים" 06.22.29.
- ג. התשלום לנציג הציבור עבור כל דיון בתיק והוצאות נסיעה יבוצע על פי תעריף חשב הכללי המופיע בהוראות התכ"מ 13.1.17- תשלום לחברי ועדות ציבוריות מתקנה תקציבית "הפעלת ועדות ערר" 23.01.33.05.

## **10. פיקוח ובקרה**

משרד העבודה הרווחה והשירותים החברתיים מפעיל בקרה שוטפת על ידי מפקחים במחוזות ועל ידי האגף לביקורת פנימית.

**ד"ר אביגדור קפלן**  
**המנהל הכללי**

נספח א' (5.7)

מדינת ישראל  
משרד העבודה הרווחה והשירותים החברתיים  
מינהל מוגבלויות

בקשה לקבלת שירותי תמיכה לתקשורת

א. פרטים אישיים של הפונה  
(ימולא רק על ידי העובד/ת הסוציאלית/ת במחלקה לשירותים חברתיים)

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

מין זכר נקבה	מצב משפחתי רווק / נשוי / גרש / אלמן	כתובת: רחוב	מספר הבית	שם הישוב	מיקוד

מספר פקס	מספר טלפון

ב. הצהרת הפונה  
(יש לסמן X במשבצות המתאימות)

- אני לקוית/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 כלקוית/ת שמיעה על ידי 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 צפויה לעונשים ולביטול תשלום דמי התקשורת וסל התקשורת.

תאריך \_\_\_\_\_

חתימת הפונה \_\_\_\_\_

**ג. פרטי העובד/ת הסוציאלי/ת**

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

שם העובד/ת הסוציאלי/ת המטפלת \_\_\_\_\_

חותמת המחלקה לשירותים חברתיים \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

הרשות המקומית: \_\_\_\_\_ סמל הרשות המקומית: \_\_\_\_\_ מחוז: \_\_\_\_\_

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

1. אודיאוגרמה מלאה ממכון אודיאולוגי בחתימת קלינאית/ת תקשורת ומספר הכרה במעמד מטעם משרד הבריאות.

2. אישור מהמוסד לביטוח לאומי (במידה וקיים) על כך שהפונה מוכר/ת כלקוית/ת שמיעה ומאידך 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.**

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

הטופס ימולא במקור + 3 עותקים

1. המקור ישלח לאגף השיקום קלינאית/ת תקשורת ארצית (לבן)

2. העתק מספר 1 ישלח למחוז (תכלת)

3. העתק מספר 2 יישאר במחלקה לשירותים חברתיים (ורוד)

4. העתק מספר 3 לפונה (ירוק)

## בדיקת רופא/ת א.א.ג.

### א. בדיקה רפואית

(חלק זה ימולא על ידי רופא/ת א.א.ג. בהתאם לפקודת הרופאים 1976)

#### 1. ממצאי בדיקה אוטוסקופית:

אוזן ימין: \_\_\_\_\_

אוזן שמאל: \_\_\_\_\_

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

האם עברה/ה ניתוח שתל קוכלארי:  לא  כן

#### 2. סיבת הליקוי השמיעתי

מלידה

מחלה (פרט) \_\_\_\_\_

אחר (פרט) \_\_\_\_\_

במקרה של התרחשות, מהו גיל ההתרחשות המשוער? \_\_\_\_\_ שנים ו- \_\_\_\_\_ חודשים.

הערות: \_\_\_\_\_

#### סיבת הליקוי השמיעתי נקבעה על פי:

אמנזה  תיעוד רפואי  הכרת הפונה

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

שם הרופא: \_\_\_\_\_ חותמת וחותימה: \_\_\_\_\_

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

### טופס נלווה לבדיקת שמיעה

טופס זה ימולא על ידי האודיאולוג/ית הבודק/ת בלבד ויצורף לטופס האודיאוגרמה.

#### א. אנמנזה

הנבדק/ת לקוי/ת 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 הנבדק/ת משתמשת/ת בשפה ורבלית:  ניתן להבינו/ה בקלות  מובן/ת חלקית

#### הנבדק/ת משתמשת/ת:

בשפת הסימנים  בשילוב שפת סימנים ושפה ורבלית

בקריאת דבור  נוקק/ת לתרגום לשפת הסימנים

**ג. תוצאות הבדיקה**

תוצאות הבדיקה (למיטב הבנתי המקצועית):

מהימנות  אינן מהימנות – נעשה ניסיון מצד הנבדק/ת להטות את תוצאות הבדיקה

הערות: \_\_\_\_\_

שם הקלינאית/ת \_\_\_\_\_ חותמת ומספר רישיון \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

תאריך הבדיקה: \_\_\_\_\_.



**טופס הגשת השגה לוועדה מקצועית עליונה שירותי תמיכה בתקשורת**

לכבוד

וועדה מקצועית עליונה שירותי תמיכה בתקשורת

הנדון : הגשת השגה על החלטת האגף לגבי זכאות לקבלת שירותי תמיכה בתקשורת

אני

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות

כתובת

עיר	רחוב	מספר בית	מיקוד	טלפון להתקשרות

מבקש להגיש השגה על החלטה בדבר זכאותי לקבלת שירותי תמיכה בתקשורת.  
ואלה הנימוקים להשגה:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\* נא למלא בכתב ברור.

נא לצרף מסמכים רלוונטיים.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

**הזמנה לדין בוועדה מקצועית עליונה שירותי תמיכה בתקשורת**

תאריך: \_\_\_\_\_

לכבוד

\_\_\_\_\_

שלום רב,

**הנדון: הזמנה לדין בוועדה מקצועית עליונה שירותי תמיכה בתקשורת**

בהמשך להשגה שהוגשה על זכאותך לקבלת שירותי תמיכה בתקשורת, הריני להזמין לשיבת וועדה מקצועית עליונה שתתקיים ביום \_\_\_\_\_ בשעה \_\_\_\_\_ בכתובת

\_\_\_\_\_ נא הצטייד בכל חומר רלוונטי לצורך הצגתו בוועדה.

בברכה,

נציג הוועדה

## פרוטוקול הוועדה

פרוטוקול מדיון הוועדה שהתקיים ביום: \_\_\_\_\_

חברי הוועדה:

1. יושב ראש \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

שם המשיג: \_\_\_\_\_ תעודת זהות: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

נושא ההשגה: \_\_\_\_\_

טענות הצדדים וציון מסמכים שהוצגו בפני הוועדה:

**המשיג**

---

---

---

---

---

**מרכז/ת תחום לקויי שמיעה וחרשים**

---

---

---

---

---

**מסמכים שהוצגו בפני הוועדה**

---

---

---

---

---

## החלטה

---

---

---

---

---

---

---

## נימוקים להחלטה

---

---

---

---

---

---

---

---

## חתימת חברי הועדה

יושב ראש \_\_\_\_\_ חבר הועדה \_\_\_\_\_ חבר הועדה \_\_\_\_\_