

בקשה לקבלת שירותי תמיכה לתקשורת

א. פרטים אישיים של הפונה (ימולא רק ע"י העובדת הסוציאלית במחלקה לשירותים חברתיים)

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

כתובת

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

מספר פקס	מספר טלפון

ב. הצהרת הפונה (יש לסמן X במשבצות המתאימות)

- אני לקוי/ת שמיעה מלידה או לקוי שמיעה שלי התרחש עד היותי בן/בת שלוש שנים
- לקוי השמיעה שלי התרחש בהיותי בן/בת _____ שנים
- אני מוכר/ת ע"י בטוח לאומי כלקוי/ת שמיעה כתוצאה מתאונת עבודה / פעולת איבה: לא כן
- אני מוכר/ת כלקוי/ת שמיעה ע"י משרד הביטחון: לא כן
- אני חוסה במוסד: 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: _____

יש לצרף לבקשה את האישורים להלן:

- אודיאוגרמה מלאה ממכון אודיאולוגי בחתימת קלינאית תקשורת ומספר הכרה במעמד מטעם משרד הבריאות.
- טופס של אגף השיקום במשרד העבודה והרווחה שחלקו האחד ממולא וחתום ע"י רופא א.א.ג. המוכר ע"י משרד הבריאות וחלקו השני ממולא וחתום ע"י אות/ה קלינאית תקשורת שחתום/ה על האודיאוגרמה.
- אישור מבטוח לאומי על כך שהפונה מוכר/ת כלקוי/ת שמיעה ומאיזה תאריך מוכר/ת.
- בעת מילוי הטפסים, יש להביא למחלקה לשירותים חברתיים תעודת זהות של הפונה לצורך זיהוי וכן 2 תמונות פספורט של הפונה. התמונות יוצמדו לטפסים במקום המיועד לכך.

ג. א 5.7

- הטופס ימולא במקור + 3 עתקים:
- המקור ישלח לאגף השיקום - קלינאית תקשורת ארצית (לכף)
 - העתק מסי 1 למחלקה לש"ח (תכלת)
 - העתק מסי 2 ישלח למחוז (ורוד)
 - העתק מסי 3 למנהל (ירוק)

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

