

טופס פניה לקבלת עזרה מאגף הרווחה

לכבוד המחלקה לשרותים חברתיים

1. אני הח"מ _____ מס' זהות _____

הכתובת _____

מצהיר בזה כי אמסור לכם כל ידיעה וכל מסמך שידרשו ממני בקשר לפנייתי לקבלת סעד או טיפול סוציאלי, וכי כל הפרטים והידיעות שמסרתי ואמסור הם נכונים ושלמים.

2. הנני מתחייב להודיע לכם על ל שינוי שיחול במצבי ו/או במצב בני משפחתי, אשר יש לו חשיבות למתן סעד או טיפול סוציאלי- תוך 15 יום מיום השינוי.
3. ידוע לי כי, בהתאם לחוק, אם מצבי הכלכלי ישתפר, הרשות בידיכם לתבוע ממני החזרת הסעד שקבלתי, והריני מתחייב להחזיר הסעד שקיבלתי, אם אתבע לכך.

4. ידועים לי העונשים הצפויים לי אם לא אקיים את התחייבויותי אלה לפי תקנה 7 לתקנות שרותי הסעד (פניה למתן סעד או טיפול סוציאלי) תשכ"ז- 1967 המובאות להלן:

"אדם שעשה אחד מאלה:--

1. העלים ביודעין פרטים שנדרש למסרם לפי תקנות אלה.
2. חתם על טופס כאמור בתקנות אלה, ביודעו כי העובדות הכלולות בו הן כוזבות.
3. עשה קנוניה עם אחד אחר בקשר למתן סעד או הגדלתו או בקשר למתן טיפול סוציאלי.

"דינו קנס 600 ש"ח או 6 חודשי מאסר".

5. הנני מסכים ומרשה בזה למנהל המחלקה לשירותים חברתיים או למי שהוסמך על ידו, לבקש ולקבל ידיעות ופרטים אודות מצבי הכלכלי מכל אדם וגוף שהוא, ולבדוק את נכונות הצהרתי.

6. הנני מוכן מרצוני החופשי לוותר על זכות הסודיות שכל דין או מנהג מעניקים לי, בכל עניין שיש לו חשיבות למתן סעד או טיפול סוציאלי.

7. סה"כ הכנסותי והכנסות בני ביתי לחודש בממוצע: _____ משכר מספר בני ביתי _____ ילדים עד גיל 18 _____ מרכוש _____

ילדים מעל גיל 18 _____ פיצויים ורנטות _____

קרובים אחרים _____ פדיון מעסק _____

הכנסות אחרות _____

8. אין ברשותי רכב מנועי/ ברשותי רכב מנועי מסוג: _____ מס' רישוי _____

9. אין ברשותי נכסי דלא נייד/ הנכסים שברשותי הם: _____

דירה _____

מגרש _____

תאריך: _____ חתימת המצהיר: _____

חתימת נציג המחלקה לש"י: _____ השם המלא: _____

התפקיד: _____

תאריך: _____ חותמת המחלקה
 לש"ח: _____

פניה לשרותי הרווחה

מס' זהות							

שם הרשות המקומית

פרטים אודות ראש המשפחה:

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה			מין	מצב משפחתי	תאריך עליה		שפות דיבור
		שנה	חודש	יום			שנה	חודש	
					ז / נ				

כתובת			מקום עבודה	
שכונה/ רחוב	מס'	ישוב	שם המפעל	כתובת המפעל
מטרת הפנייה:				

אם החותם איננו ראש משפחה- נא למלא הפרטים:

שם משפחה	שם פרטי	כתובת	יחס קירבה לראש המשפחה

תאריך: _____		חתימת הפונה: _____	
חתימה	תאריך	פניה שניה ותוכנה:	
חתימה	תאריך	פניה שניה ותוכנה:	

לשימוש ע"י עובד מיון ואבחון (*):

הופנה ע"י מוסד: _____		תאריך: _____	
חתימה	תאריך	סוג פעולה	חתימה
		הופנה למשרד או למוסד אחר המשרד המוסד	
		לא מעניינה של המחלקה לש"ח	
		הזמנה לעו"ס	
		הזמנה לעו"ס	
חתימת העו"ס		תאריך	תיאור הנזקקות
			1.
			2.
			3.

* למילוי ע"י עובד מיון ואבחון או עו"ס המקבל את הפניה.