

## טופס פנייה לקבלת סיוע מ'וראייטי' ישראל

(3 עמודים)

### פרטי הילד/ה:

שם משפחה: \_\_\_\_\_, שם פרטי: \_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, מס' ת"ז: \_\_\_\_\_

שם ביה"ס בו לומד/ת: \_\_\_\_\_, עיר: \_\_\_\_\_

בי"ס לחינוך מיוחד: **כן / לא**, שעת סיום הלימודים: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ (רחוב) \_\_\_\_\_ (מס' בית) \_\_\_\_\_ (מס' דירה) \_\_\_\_\_ (עיר) \_\_\_\_\_ (מיקוד)

טל' בבית: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, פקס: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

כתובת EMAIL ראשית: \_\_\_\_\_

האבחנה הרפואית: \_\_\_\_\_

האם הילד/ה מרותק/ת לכסא גלגלים? **כן / לא** נעזר/ת בהליכון? **כן / לא** נעזר בקביים? **כן / לא**

סיעודי לחלוטין? **כן / לא** אחוזי הנכות של הילד/ה: \_\_\_\_\_

מי במשרד הרווחה מטפל בענייני המשפחה? \_\_\_\_\_, טל: \_\_\_\_\_

טל' נייד: \_\_\_\_\_, פקס: \_\_\_\_\_

שם קופת החולים: \_\_\_\_\_, ביטוח משלים? **כן / לא**, סוג הביטוח משלים: \_\_\_\_\_

ביטוח רפואי נוסף? **כן / לא** סוג הביטוח הנוסף: \_\_\_\_\_

### מהות הפנייה והבקשה:

הבקשה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

העלות הכוללת של הבקשה: \_\_\_\_\_ ש. מתוך זה, השתתפות המשפחה: \_\_\_\_\_ ש.

מתוך זה, השתתפות גורמים אחרים (כגון: איל"ן, קופ"ח, ביטוח משלים, משרד הבריאות ועוד), אנא פרטי:

1) הגורם: \_\_\_\_\_, סכום הסיוע: \_\_\_\_\_ ש.

2) הגורם: \_\_\_\_\_, סכום הסיוע: \_\_\_\_\_ ש.

3) הגורם: \_\_\_\_\_, סכום הסיוע: \_\_\_\_\_ ש.

סה"כ: \_\_\_\_\_ ש.

יתרת הסכום החסר עדיין להשלמת הרכישה/הטיפול: \_\_\_\_\_ ש.

### פרטי ההורים:

שם האב: \_\_\_\_\_, שם האם: \_\_\_\_\_

מצב משפחתי: \_\_\_\_\_, בחזקת מי הילדים: \_\_\_\_\_

טל' בעבודת האב: \_\_\_\_\_, טל' בעבודת האם: \_\_\_\_\_

טל' נייד האב: \_\_\_\_\_, טל' נייד האם: \_\_\_\_\_

דואר אלקטרוני אב: \_\_\_\_\_, דואר אלקטרוני אם: \_\_\_\_\_



