

לשימוש משרדי בלבד

App

Rej

Def



בקשה לציווד מיוחד

← (*) השדות המסומנים בכוכבית הינם חובה

פרטים אישיים	
* שם משפחה:	* שם הילד עבורו נדרש הציווד:
* תאריך לידת הילד/ה:	* ת.ז. הילד/ה:
שם האב:	* שם האם:
* כתובת (רחוב, מספר, עיר, מיקוד):	
* טלפון בבית:	טלפון נייד:
<input type="checkbox"/> האם המשפחה מקבלת בשנה זו סיוע מתכנית "טיפולים בבית" של קרן מלכי? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
הציווד המבוקש	
* הציווד המבוקש	
2	
אבחנה	
* אבחנה:	
* הרופא המאבחן - שם וכתובת:	* סוג הרופא:
	<input type="checkbox"/> נויירולוג <input type="checkbox"/> ילדים התפתחותי <input type="checkbox"/> פסיכיאטר (יתקבל וחובה רק במקרה של ילד/ה אוטיסטי/ת)
טלפון (הרופא):	קופ"ח:
3	
המלצת המטפל - מרפא בעיסוק או פיזיותרפיסט מורשה	
* שם המטפל, כתובת, טלפון	
<input type="checkbox"/> אין חובה לצרף המלצה כתובה מהמטפל בצורך בציווד המבוקש, אך צירופה יסייע בקיצור ההליכים <input type="checkbox"/> אין חובה לצרף הצעת מחיר לציווד המבוקש, אך צירופה יסייע בקיצור ההליכים	
4	
* האם הייתה פנייה למוסד רשמי כלשהו, לרבות גופי ממשלה, ביטוח לאומי, קופות חולים, או כל גוף ציבורי אחר? <input type="checkbox"/> כן (פרט) <input type="checkbox"/> לא	
5	
* האם הייתה פנייה לגוף פרטי כלשהו לרבות עמותות? <input type="checkbox"/> כן (פרט) <input type="checkbox"/> לא	
6	
7 במידה ולא צורפו המלצות, הסבירו מדוע יש צורך בציווד המבוקש	
8 חובה לצרף סיכום רפואי מפורט חתום ע"י נויירולוג או רופא ילדים התפתחותי או, במקרה של ילד/ה אוטיסטי/ת, מפסיכיאטר. הסיכום הרפואי יהיה מתאריך אשר לא יעלה על תשעה חודשים קודם להגשתו.	
* חתימת הורה:	* תאריך:
9	

כתובתינו: קרן מלכי, ת.ד. 2151 ירושלים 91023 | טל: 02-567-0602 בין השעות 8:30 - 17:30

פקס: 03-542-3783 www.kerenmalki.org