

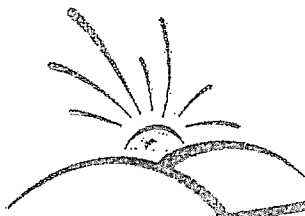
תאריך _____

ויתור סודיות

אני הח"מ _____ ת.ז. _____
מאשר/ת ל _____ - עובד/ת המחלקה לשירותים חברתיים
בקדומים למסור/ לקבל פרטים אודותיי,
והריני מוותר/ת כאן על זכויות הסודיות.

חזנימה _____

חזנימת עו"ס _____





טופס הפניית מטופל למרקם (מסלול רווחה)

תאריך הפנייה: _____
שם העו"ס המפנה: _____
שם המטופל המופנה _____ ת.ז. _____ ת.ל. _____
שמות ההורים: _____ (אם מדובר בילד/ה)
טלפון: _____

סיבת ההפנייה ורקע רלוונטי בקצרה:

מטרות וצפיות מהטיפול:

האם נעשתה פגישת אינטייק עם ההורים/ המטופל/ת בזמן האחרון? _____

- יש לצרף לבקשה זו מסמכים רלוונטיים/עדכניים, כגון: תסקיר, אינטייק, אבחון וכדו'.

סוג הטיפול הנדרש: _____
(טיפול פרטני לילד/ה/ הדרכת הורים/ טיפול זוגי/ טיפול משפחתי/טיפול באומנות/טיפול דיאדי)

אישור של המחלקה על סבסוד הטיפול: כן/לא (הקף)
סכום גובה השתתפות עצמית: _____ (לאחר אישור המחלקה)
מידת דחיפות הטיפול: _____
הערות: _____



בס"ד



הרשאה לחיוב חשבון באמצעות כרטיס אשראי / באמצעות מיסי ישוב

לכבוד:
המועצה המקומית קדומים
גזברות- מחלקת גביה ומיסים / מרק"ם - המרכז לקידום המשפחה

אני הח"מ (שם בעלי החשבון כפי שמופיע בספר הבנק)

שם _____ ת.ז. _____
נותן בזה למועצת קדומים הוראה לחייב את חשבוננו כמפורט להלן, בגין חיובי שירותי טיפול ואו ייעוץ בסכומים ובמועדים שיקבעו על ידי המועצה ואו מרק"ם בתנאים הבאים:

1. הודעת התשלום תהיה על פי נהלי מרק"ם כפי שנמסרו לי בתחילת מתן השירותים.
2. ביטול הוראה זו יכנס לתוקפו יומיים לאחר מסירת הודעה בכתב ממני למועצה מקומית קדומים.
3. כמו כן אהיה רשאי לבקש (טלפונית/פקס/בכתב) ממחלקת המיסים שלא לחייב את חשבוני בסכום מסוים וזאת על פי החלטתי.
4. ידוע לי כי המועצה תפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.

יש לבחור את דרך החיוב המועדפת ולמלא את הפרטים.

פרטי כרטיס האשראי (ימולא ע"י בעל הכרטיס):

מס כרטיס		
תוקף	Cvv (3 ספרות בגב הכרטיס)	/
שם בעל הכרטיס	.ת.ז.	
טלפון אוו נייד		

אישור שימוש בהוראת קבע קיימת לטובת טיפולי מרק"ם:

הריני לאשר שימוש בהוראת הקבע הקיימת הרשומה בחיוב המיסים על שמי במועצה המקומית קדומים לטובת גביית תשלומים עבור טיפולים במרק"ם.

שם: _____ ת"ז: _____

תאריך: _____ חתימה: _____

הערות מיוחדות:





שאלון להורים עבור ילד המופנה לקבלת טיפול:

הילד/ה _____ שם משפחה _____
ת.ז. _____ תאריך לידה (לועזי) _____
כתובת מגורים (מלאה): _____
טל#39; בית _____ דוא"ל: _____
כיתה _____ המסגרת החינוכית _____

שם האב _____ תאריך לידה _____ עיסוק _____
נייד _____
שם האם _____ תאריך לידה _____ עיסוק _____
נייד _____

• יש לצרף צילום תעודת זהות.

מצב משפחתי: נשואים/גרושים/פרודים/ אחר.

נא לציין שם האח/ות, גיל, מסגרת חינוכית/עיסוק

1

2

3

4

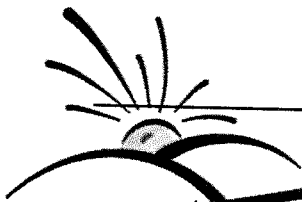
5

6

7

גורם מפנה _____

סיבת הפניה _____



תיאור הילד- מצב עכשווי: (כוחות/ חולשות וקשיים/ תחום רגשי/ חברתי/התנהגותי/לימודי)

רקע רלוונטי (משפחתי/ התפתחותי / חינוכי):

האם טופלה/ בעבר או מטופלת כיום? אם כן, באיזה תחום _____ באיזו מסגרת? _____ מתי?

האם המשפחה מטופלת ברווחה או במסגרת אחרת: _____ שם המטפלת/ת: _____

האם עברה/ה אבחון כלשהו בעבר: _____ מתי ובאיזו מסגרת: _____

*יש לצרף עותק של אבחונים שנערכו בעבר או של סיכומי טיפול רלוונטיים .
האם חלו אירועים או מעברים בעלי משמעות בחייו/בחייה של הילד/ה (כדוגמא- מעבר דירה/ פרידה/ אובדנים)

מצב בריאות הילד/ה: _____ האם סובלת/ ממחלה כרונית

כלשהי _____

מהן הציפיות שלכם מהמסגרת הטיפולית:

אנו מבקשים טיפול רגשי / הדרכת הורים/טיפול משפחתי/טיפול זוגי/תרפיה באומנות

הערות נוספות
