

Description and Special needs of the PWD
To be completed by Employer or Employer's Representative
תיאור האדם בעל המוגבלות וצרכיו המיוחדים
על המעסיק או נציגו למלא טופס זה

Instructions: Mark (x) in each appropriate box and clearly fill in blanks as necessary:

הוראות: נא לציין (X) בכל תיבה מתאימה ולמלא את החסר בכתב ברור במקומות המתאימים:

Full Name of PWD: _____ שמו המלא של האדם בעל המוגבלות:					
Gender: מגדר:	<input type="checkbox"/> Male זכר	<input type="checkbox"/> Female נקבה			
Age: גיל:	_____				
Height: גובה:	_____				
Weight: משקל	_____				
smoker: מעשן:	<input type="checkbox"/> YES כן	<input type="checkbox"/> NO לא			
Area : אזור	<input type="checkbox"/> Tel Aviv (1) תל אביב (1)	<input type="checkbox"/> Central (2) מרכז (2)	<input type="checkbox"/> Periphery (3) פריפריה (3)		
Name of Town/ City: _____ שם הישוב:					
Type of Residence: סוג המגורים	<input type="checkbox"/> Free Standing House בית פרטי	<input type="checkbox"/> Apartment דירה	<input type="checkbox"/> Apartment in Kibbutz דירה בקיבוץ	<input type="checkbox"/> Apartment in Sheltered Living Complex דירה במוסד לדיור מוגן	<input type="checkbox"/> Other (describe) _____ אחר (נא לתאר)
Accommodations of the Caregiver/worker מגורי העובד הזר/מטפל	<input type="checkbox"/> Private Room חדר פרטי	<input type="checkbox"/> Rooming with the PWD מתגורר באותו חדר עם האדם בעל המוגבלות	<input type="checkbox"/> Rooming in living room מתגורר בסלון	<input type="checkbox"/> Rooming in Loft or Closed Balcony מתגורר בעליית גג או במרפסת סגורה	<input type="checkbox"/> Other, specify _____ אחר, נא לפרט/לתאר
Other persons living in the home of the PWD: אנשים אחרים המתגוררים בביתו של האדם בעל המוגבלות	<input type="checkbox"/> Spouse בן/בת זוג	Children, number _____ Ages _____ Gender _____ ילדים, מספרם, המגדר, הגילאים שלהם	Other, specify _____ Number _____ Ages _____ Gender _____ אחר, נא לפרט, מספרם, המגדר, הגילאים שלהם		
Languages of PWD: (please circle the languages understood by the PWD and add any additional languages): Hebrew ___ Arabic ___ Russian ___ English ___ Other : _____ שפות האדם עם המוגבלות (נא לסמן השפות להלן שהמטופל מבין ותוסיפו שפות נוספות אם ישנן) עברית, ערבית, רוסית, אנגלית (אחר): _____					
Special duties of Caregiver/ worker: (per Section 4 of the SEC) חובותיו המיוחדות של העובד הזר/מטפל: (לפי סעיף 4 לחוקה העסקה) <input type="checkbox"/> Care of dog/s, Cat/s, Bird/s, other, _____ Number _____ טיפול בכלבים, בחתולים, בציפורים, באחר מספרם <input type="checkbox"/> Driving duties חובות נהיגה <input type="checkbox"/> Others, specify _____ אחר, נא לפרט					

Describe in Detail:

נא לפרט:

If the PWD needs special supervision, circle the relevant reason/s:

אם האדם בעל המוגבלות זקוק להשגחה מיוחדת, נא להקיף בעיגול את הסיבה/ות:

Dementia / Alzheimer's disease, mental illness,

שיטיון (דמנציה) / מחלת אלצהיימר, מחלת נפש,

Other: _____

אחר: _____

The PWD is bedbound / uses a wheelchair/uses a cane/ uses a walker/ walking without need of above
המטופל מרותק למיטה/מתנייד בכסא גלגלים/מסתייע במקל הליכה או הליכון/לא מסתייע לצורך נידוד

Explain in detail any other type of special needs or circumstances of the PWD (such as, diapers, bedridden, Breathing Apparatus, paralyzed, lifting with/without lifting aids etc.), Add additional pages or relevant medical documents/photographs if necessary. _____

הסבירו בפירוט כל סוג אחר של צרכים או נסיבות מיוחדות של המטופל (כגון חיתולים, מכשיר נשימה, ריתוק למיטה, שיתוק, הרמה עם/בלי עזרי הרמה וכו) הוסיפו מסמכים / צילומים רפואיים רלוונטיים במידת הצורך

note that the PWD's medical condition may vary.

יש לשים לב כי מצבו הרפואי של המטופל יכול להשתנות

The insurance company through which the employee will be insured with health insurance

חברת הביטוח דרכו העובד יבוטח בביטוח רפואי

Harel Menora Ayalon

הראל מנורה איילון

The address of the place where the employee will be in isolation

כתובת מקום הבידוד בו ישהה העובד

Phone number of a contact for inquiries about the isolation _____

מספר טלפון של איש קשר לטובת מקום הבידוד

<p>Signature of Employer</p> <p>_____</p> <p>חתימת המעסיק</p> <p>Date of signature</p> <p>_____</p> <p>תאריך החתימה</p>	<p>Signature of Caregiver/worker</p> <p>_____</p> <p>חתימת העובד הזר/ מטפל</p> <p>Date of signature</p> <p>_____</p> <p>תאריך החתימה</p> <p>Workers phone number that will be useful during landing in Israel</p> <p>_____</p> <p>מספר הטלפון של העובד להתקשרות בזמן הנחיתה</p>	<p>I confirm that all the information above is accurate.</p> <p>Signature of responsible Social Worker</p> <p>_____</p> <p>חתימה וחותמת העו"ס האחראית</p> <p>Date of signature</p> <p>_____</p> <p>תאריך החתימה</p> <p>name of private agency</p> <p>_____</p> <p>שם הלשכה הפרטית (באנגלית)</p> <p>Telephone No. of the private agency that will be useful during landing in Israel</p> <p>_____</p> <p>מספר טלפון של הלשכה הפרטית</p>
---	---	---