

הוראות והודעות

מס' עמודים: 94

מספר ההוראה: 8.2 (הוראה 2 לפרק 8 בתע"ס)

תאריך פרסום: ג' ניסן תשע"א
7 אפריל 2011

תאריך תחולה: 1.4.2011

הנהלים הנוגעים לסדור ילדים במשפחות אומנה לטיפול בהם ולפיקוח עליהם

=====

1. כללי

- 1.1 ההוראה הזאת באה במקום ההוראה מיום 10 מאי 1999
- 1.2 משפחה אומנת היא הדגם הקרוב ביותר למשפחה הטבעית והיא הסידור החוץ-ביתי המתאים ביותר לגידולם של ילדים בגיל הרך ובגילאים צעירים. משפחה אומנת מהווה מסגרת טיפולית שמטרתה לספק לילדים מגיל לידה עד הגיעם לבגרות בית חם ואוירה משפחתית וטיפולית. תפיסה זו משקפת את מדיניות המשרד ומקבלת ביטוי בפעילות המשותפת של השירותים השונים במשרד העוסקים בהשמה חוץ ביתית של ילדים.
- 1.3 משפחת אומנה מהווה מסגרת טיפולית שמטרתה לספק לילדים מלידה עד גיל 18 בית חם ואוירה משפחתית וטיפולית.

2. הגדרות

2.1 **ילד** - מלידה עד גיל 18

2.2 **משפחת אומנה** - משפחה שיש בה אב ואם ורצוי שיהיו בה ילדים של בני הזוג אשר נבדקה והוכשרה על ידי הגופים המפעילים אומנה ואושרה ע"י משרד הרווחה והשירותים החברתיים לשמש כמשפחה. גם חד הוריות יכולות לשמש כמשפחה אומנת.

2.3 **ועדה לתיכנון טיפול והערכה** - ועדה במחלקה לשירותים חברתיים הדנה בעניינם של ילדים ובני נוער ויכולה לקבוע נזקקות להשמה חוץ ביתי.

2.4 **ארגון מפעיל** - ארגון שזכה במכרז של משרד הרווחה והשירותים החברתיים לגיוס וליווי של משפחות אומנה.

3. אוכלוסיית יעד

ילדים ובני נוער מלידה עד גיל 18 שוועדה לתיכנון טיפול קבעה לגביהם נזקקות להשמה חוץ ביתית.

4. עקרונות עבודה

ההנחה שמשפחת אומנה יכולה לטפל ברוב הילדים אשר מועמדים להשמה חוץ ביתית. בגיל הרך יש להעדיף סידור במשפחה אומנת על מנת לאפשר לילדים התפתחות ריגשית תקינה, יכולת ליצור "התקשרות". המסגרת הביתית הדמויות הקבועות, האינטימיות, הגבולות הסמכות ההורית, עשויים לעזור לילדים התפתחות למבוגר בעל יכולת תפקוד תקינה בכל תחומי החיים. מתאימים לאומנה גם ילדים בגיל גבוה יותר שהתפתחותם תקינה או בגבול

התקין הסובלים מהזנחה דחייה או משבר משפחתי.
מתבגרים יכולים להיות מופנים לאומנה, כאשר יש מוטיבציה גבוהה של המתבגר לקליטה במשפחה בדרך כלל המוכרת להם.

4.1 בהשמה במשפחת אומנה שותפים מספר גורמים: משפחת המועמד לסידור, עו"ס המשפחה ואו פקיד סעד, עו"ס האומנה ומפקח אומנה מחוזי של השירות לילד ונוער.

4.2 כל סדור של ילד במשפחה אומנת חייב להיות מבוסס על תוכנית טיפול למושם, לקשר עם משפחתו הביולוגית ועל הדרכה וליווי למשפחה האומנת.

4.3 הצלחת השתלבותו של הילד במשפחת האומנה תלויה במידה רבה באיכות הטיפול ובהדרכה שניתנת לו, למשפחה האומנת על ידי הגוף המפעיל אומנה והמשך הטיפול בהורים על ידי העו"ס בקהילה.

4.4 אומנה הינה סידור זמני (גם אם הסידור מתקיים לזמן ארוך). לקראת גיל 18 יש להכין את המועמד לקראת מעבר לחיים עצמאיים.

5. איתור, בחירה ואישור משפחה אומנת

איתור משפחה שתשמש כמשפחת אומנה לילד תיעשה ע"י הארגון המפעיל שיאתר ויגייס משפחות עפ"י ההגדרה שבסעיף 2.2 לעיל ועפ"י הקריטריונים בסעיף 5.1 להלן וידאג להכשרתם, הדרכתם ומעקב אחר עבודתם באמצעות מנחי אומנה.

5.1 קריטריונים לבחירת משפחה אומנת

- * אין רשום פלילי עפ"י חוזר מנכ"ל 147 ס"ב (נספח א')
- * נכונות שני בני הזוג לעבור בדיקה ולהשתתף בתוכנית הכשרה למשפחות מועמדות לאומנה
- * בריאות נפשית ופיזית ונכונות לויתור סודיות

- הכנסה קבועה
- ידיעת קרא וכתוב בשפת אם, לפחות 10 שנות לימוד.
- מקום בביתם לקליטת הילד
- חיסון אפטיטיס b.

5.2 תהליך הבדיקה והכנת משפחות האומנה

על הארגון למלא "גיליון מידע ראשוני אודות משפחה מועמדת לאומנה" (נספח ב1) ו"שאלון למשפחה מועמדת לאומנה (נספח ב2)

5.3 אישור המשפחה כמשפחת אומנה

אישור משפחה המועמדת לשמש כמשפחת אומנה ייעשה ע"י מפקח אומנה מחוזי של השרות לילד ולנוער לאחר קבלת כל החומר הרלבנטי אודות המשפחה מהארגון מפעיל האומנה במחוז. בהתאם לצורך ועפ"י שיקול דעת, מפקח אומנה מחוזי ייפגש עם המועמדים לשמש הורים אומנים. משפחות חד-הוריות המתפקדות בצורה תקינה, יכולות לשמש כמשפחת אומנה עפ"י המלצות מקצועיות של הארגון מפעיל האומנה ולאחר קבלת אישור מיוחד של מפקח אומנה מחוזי. עם קבלת אישור המפקח המחוזי של ילד ונוער ימולא "טופס מסגרות" (נספח ג') ע"י הארגון המפעיל. תעודת אישור של המשפחה לשמש כאומנת תנתן רק אחרי סיום תוכנית ההכשרה.

6. אחריות ארגונים מפעילי אומנה

באחריות הארגונים מפעילי האומנה:

- א. איתור, גיוס והכשרת משפחות אומנה
- ב. גיוס והעסקת עו"סים לתפקיד מנחי אומנה.
- ג. הכשרת מנחי האומנה לתפקיד, הדרכתם ומעקב אחר עבודתם.

6.1 איתור והכשרת משפחות אומנה חדשות

- איתור משפחות אומנה חדשות והכשרתן.
- בניית מאגר של משפחות שהוכשרו ומוכנות לקליטת ילדים

* העברת נספח ב1 / ו-2ב / למפקח אומנה מחוזי, על משפחת המועמדת לשמש כמשפחת אומנה לצורך אישורה ע"י הפיקוח.

6.2 הכנת המשפחה לקליטת המושם

נמצאה משפחה מתאימה לתפקיד, תעבור הכנה והכשרה טרם קליטת הילד בביתה.

בשיקול דעת בין הגוף המפעיל ובין המפקח המחוזי ינתן אישור להשמת ילד אף לפני סיום תוכנית ההכשרה .

6.3 תפקידי מנחה האומנה

- * אחראי לבניית תוכניות טיפול וקידום למימוש הפוטנציאל של כל ילד בשיתוף עם עו"ס המחלקה לשירותים חברתיים.
- * אחראי ליישום התוכנית הטיפולית
- * השתתפות בועדת הערכה אחת לשנה או פעמיים בשנה עם מדובר בילד בגיל הרך לשם בחינת מצב הילד והתאמת התוכנית הטיפולית לצרכיו.
- * מתן הנחייה, הדרכה וייעוץ למשפחות האומנה לפי הצורך לפחות אחת לחודש.
- * מילוי "כלי זיהוי איתותי מצוקה לילד באומנה עבור מנחי אומנה" (נספח ד1/), "כלי לזיהוי איתותי מצוקה למשפחת אומנה עבור מנחי אומנה" (נספח ד2/), "כלי לזיהוי איתותי מצוקה עבור המורה" (נספח ד3/) ו"טופס להערכת מצבו הבריאותי וההתפתחותי של הילד באומנה" (נספח ד4/) - עבור ילד בגיל הרך.
- * ליווי, תמיכה ומעקב אחר הטיפול הניתן למושם במשפחת האומנה באמצעות ביקורי בית, לפי הצורך לפחות פעם אחת בחודש.
- * קיום קשר רציף עם גורמים רלבנטיים משמעותיים בחיי המושם, כגון: מערכת החינוך, הבריאות והמטפלים השונים של הילד.
- * קיום קשר עם עו"ס משפחת המושם באומנה.
- * קיום מפגשים קבוצתיים למסי משפחות אומנה במטרה לאפשר למידה ותמיכה הדדית.
- * דיווח מידי לפיקוח על כל אירוע חריג.

- דיווח מידי לפקיד סעד לחוק הנוער על כל חשד לפגיעה במושם (עפ"י חוק חסרי ישע).
- רישום עדכני ומפורט בתיק המושם באומנה הכולל: שיחות עם משפחות האומנה, שיחות עם המושם וכן עם כל גורם הקשור למשפחת האומנה והמושם. כמו כן, רישום מפורט של ביקורי הבית או ביקורים במסגרות היומיות ושיחות טלפון.
- יעביר דו"ח שנתי על כל מושם לעו"ס המשפחה
- ידאג לבקשת מקדמות במידה ויש צורך.
- ידאג לכל נושא ההוצאות המיוחדות לפי התוכנית הטיפולית וצרכיו של הילד הכל במסגרת התקציב.
- השתתפות בפורומים שונים לפי הנדרש

7. תפקידי משפחת האומנה ותחומי אחריותה

- על משפחת האומנה להקנות למושם, כמו לילדיה היא, את החוויות הקשורות בחיי משפחה תקינים התורמים לגדילתו התפתחותו הנפשית הפיזית והחברתית, ולהעניק לו יכולת עתידית להקים ולקיים משפחה משלו.
- לעודד קשר של המושם עם משפחתו בשיתוף עו"ס המטפל במחלקה לשירותים חברתיים ומנחת האומנה.
 - לאפשר ולעודד קשר עם בני גילו (בקבוצה חברתית אליה משתייך), עם משפחה מורחבת וידידים.
 - שיתוף המושם בהחלטות לגבי מהלך חייו בהתאם ליכולתו.
 - לאפשר למידה של התפקידים השונים של בני המשפחה והתנהגות של מבוגרים אשר יכולים לשמש לו כמודל להזדהות.
 - שימוש במשאבים קהילתיים והשתייכות אליהם.
 - שותפות והתייעצות עם גורמים מקצועיים ונכונות לשיתוף פעולה.
 - לדווח מיידית למנחת האומנה על כל אירוע חריג או חשד לפגיעה במסודר.
 - כמו כן, עליה לדווח למנחת האומנה על כל משבר או שינוי משמעותי במצבו של המושם או במצבה של משפחת האומנה.
 - משפחת אומנה לא תקבל תשלום נוסף מהוריו של המושם או מכל גורם אחר פרט למשרד הרווחה.

- משפחת אומנה מוכרת לא תקבל מושמים נוספים באופן פרטי.
- המשפחה אומנת תשתף פעולה עם מנחת האומנה
- המשפחה אומנת תשתף פעולה עם כל הגורמים המטפלים הנוספים בילד.
- המשפחה תחתום על הסכם עם הגוף המפעיל.
- משפחת האומנה מקבלת החזרי הוצאות ומוכרת כמתנדבת בבטוח הלאומי ומבוטחת ככזו. (נספח ה')

8. תהליך הסדור

8.1 כאשר וועדת תיכנון טיפול קבעה נזקקות להשמה חוץ ביתי במשפחה אומנת לילד, תשלח "טופס נתונים בסיסים כנקודת מוצא לקראת השמת ילד באומנה" (נספח ו') המפעילים אומנה ולמפקח המחוזי חומר מלא אודות הילד ומשפחתו.

▪ תחתים את ההורים / האפוטרופסים על "הסכם לפי סעיף 10 לחוק שירותי הסעד - תשי"ח-1958 (נספח ז')

8.2 עם קבלת החלטה על הצורך בסדור אומנה ינקטו הפעולות הבאות
ע"י הגורמים השונים:

- א. המחלקה לשירותים חברתיים תמלא "טופס החלטה על השמה" (נספח ח') ותעבירו לאגף למערכות מידע וענ"א במשרד הרווחה והשירותים החברתיים באמצעות מפקח אומנה מחוזי.
- ב. הגוף המפעיל אומנה יאתר משפחה מתאימה לצרכיו של המושם ויקבל אישור המפקח.
- ג. המחלקה לשירותים חברתיים תכין את המועמד ומשפחתו לקראת הסדור הן מבחינה רגשית והן מבחינת הציפיות מהאומנה. במידה והמשפחה אינה משתפת פעולה, מתוך חוסר רצון או חוסר יכולת, יש

לעשות מאמצים לקרב אותה במידת האפשר אל בנם/בתם ומשפחת האומנה, תוך שמירה על טובת המושם.

על מנחת האומנה של הארגון המפעיל להכין את משפחת האומנה לקראת קליטת המסודר בביתה.

8.3 בטרם קליטת המסודר באומנה יקבעו הדברים הבאים:

א. קביעת תוכנית טיפולית ראשונית למושם באומנה בשיתוף עם הגורמים הטיפוליים הרלבנטיים.

ב. יקבע אופי ומידת הקשר בין המשפחה ובין בנם/בתם

ג. קביעת חלוקת אחריות טיפולית ומנהלית בין עו"ס המשפחה ובין מנחת האומנה.

ד. יש לבחון האם קיים צורך במינוי אפוטרופוס למועמד לסידור.

8.4 תוכנית טיפול

מנחה האומנה תבנה תוכנית טיפול לילד המושם באומנה תוך שלושה חודשים מיום קליטת הילד באומנה

8.5 טיפול במינוי אפוטרופוס

מינוי אפוטרופוס למסודר באומנה הינו באחריות עו"ס המחלקה לשירותים חברתיים. הגורמים הטיפוליים של האומנה יכולים להעלות סוגיה זו בפני עו"ס המחלקה לשירותים חברתיים. משפחה אומנת תהיה אפוטרופסית רק על גוף ולא על רכוש.

9. ה ה ו ר י ם

ההורים ממשיכים להישאר דמויות חשובות בחיי ילדם (מלבד מקרים בהם יש

אינדיקציה הפוכה) ולכן המשך הטיפול בהם חשוב ויתבצע ע"י המטפל במחלקה לשירותים חברתיים בתאום עם מנחה האומנה .

9.1 זכויות וחובות ההורים:

- ההורים נשארים האפוטרופוסים על ילדם עד מלאות לו 18, אלא אם בית המשפט קבע אחרת.
 - ההורים יהיו שותפים ככל הניתן בתכנון הסדור ובכל שינוי הנעשה בענייניו של ילדם.
 - כאשר המושם מועמד לחזרה לבית הוריו יקבלו ההורים ייעוץ והדרכה.
 - להורים הזכות לקבל מידע שוטף מעו"ס המחלקה לשירותים חברתיים לגבי ילדם המסודר באומנה.
 - יש לעודד קשר בין המשפחה והילד בכל דרך אפשרית, כגון: להיות שותפה השתתפות בועדת הערכה, השתתפות באירועים בביה"ס, זימון לימי הולדת, מפגשים קבועים עפ"י התוכנית הטיפולית או עפ"י צו בית משפט ועוד.
 - ההורים האפוטרופוסים חייבים להשתתף בתשלום כספי בסידור הילד בהתאם לנקבע בהוראה 8.4 בתע"ס.
 - ההורים האפוטרופוסים אחראים למצב בריאותו של בנם/בתם ועליהם לתת את הסכמתם במקרה של צורך בהתערבות רפואית פולשנית.
 - ההורים חייבים להודיע למחלקה לשירותים חברתיים על כל שינוי כתובת, שינוי עבודה, שינוי משפחתי וכדומה.
- בכל מקרה של סידור ילד באומנה, יש להחתיים את ההורים על הסכם, כמקובל לגבי כל ילד המוצא מביתו נספח ז' אלא אם כן הוצא על פי צו חוק הנוער.

9.2 הקשר עם ההורים:

- הקשר עם ההורים יהיה באחריות העו"ס המטפל במחלקה לשירותים חברתיים ומנחת האומנה.
- יש לעודד קשר וביקורים תקופתיים של ההורים את ילדם בהתאם לתוכנית שנקבעה.

9.3 הגבלת זכויות הורים

הגבלת זכויות הורים, אם נראה שיש צורך להגבילם, תעשה רק במסגרת חוק הנוער וע"י פקיד הסעד לחוק הנוער. במקרים שבהם ההורים אינם מסוגלים לקבל החלטות בנושא ילדם, יש לפנות לפקיד סעד לסדרי דין ולשקול מינוי אפוטרופוס נוסף או בלעדי על הגוף.

10. תפקידי העובד הסוציאלי המטפל במחלקה לשירותים חברתיים

- פנייה למפקח אומנה מחוזי ולגוף המפעיל אומנה בבקשה לסידור הילד במשפחה אומנת לאחר ועדת תכנון טיפול והערכה.
- אחראי להוצאת הטפסים הנחוצים "טופס השמה למסגרת" (נספח ט'')) לצורך ההשמה באומנה.
- כל ילד יגיע להשמה במשפחה עם טופס השמה למסגרת חתום על ידי מנהל המחלקה לשירותים חברתיים וגזבר הרשות המקומית חתימת הורים על הסכם 10 או צו חוק נוער.
- ליווי ההורים בתהליך ההשמה של ילדם באומנה.
- טיפול במינוי אפוטרופוס למושם באומנה, בהתאם לצורך.
- השתתפות בוועדת הערכה במחלקה לשירותים חברתיים למסודר באומנה לשם קבלת עדכון לגבי מצב המושם ושותפות בבניית התוכנית הטיפולית למושם.
- פניה לפקיד סעד להוצאת צו או הארכת צו מסודר באומנה.

11. דיוני ועדת הערכה

ועדת הערכה תתכנס אחת לשנה או יותר, בהתאם לצורך הוועדה תדון במצב המושם, בהתקדמות ובשינויים שחלו אצלו לאור תוכנית הקידום והטיפול שנעשתה והכנסת שינויים מתבקשים בהתאם לצרכים המשתנים של המסודר. לדיון יוזמנו: המשפחה, משפחת האומנה המושם באומנה במידה ומתאים לגילו והבנתו, מנחה האומנה, עו"ס המשפחה, גורמי טיפול שונים (מורים, רופא, מרפאה בעיסוק וכדומה בהתאם לצורך).

לקראת הדין יכין מנחה האומנה דו"ח על מצבו של הילד והשינויים שחלו בשנה האחרונה.

12. סיום הסדור באומנה ו/או העברה למשפחת אומנה אחרת

כל העברה של מסודר באומנה או סיום אומנה יעשה בשיתוף מלא של עו"ס המחלקה לשירותים חברתיים ממנה בא המושם.
יש להכין את סיום ההשמה כמו את ההשמה עצמה, דהיינו, יש להכין את המושם, את משפחת האומנה ואת המשפחה.

13. תפקידי מפקח אומנה מחוזי

- פקוח על בצוע הנספח המיקצועי של המכרז לפרטיו
- ייעוץ לצוות המוביל של הגוף המפעיל
- יישום מדיניות משרד הרווחה והשירותים החברתיים בטיפול בילדים ויישום הנחיותיו למשפחות אומנה.
- מעקב אחר ביצוע התוכנית הטיפולית של כל ילד באומנה.
- קבלת פניות לסידור ילד באומנה
- לקיים מעקב אחר בדיקת והכשרת משפחות האומנה.
- קבלה והעברת הדיווחים על אירועים חריגים וחשד לפגיעה במושם למפקח אומנה ארצי ומעקב אחר הטיפול בהם.
- העברת דו"חות סיכום חודשיים ושנתיים למפקח אומנה ארצי ועדכון שוטף של הנתונים על המושמים באומנה אחת לחודש.
- אישור של כל משפחה אומנת חדשה.
- אישור של כל השמת ילד במשפחה.
- השתתפות בפורומים שונים
- העלאת המודעות בקרב העובדים הסוציאליים במחלקות לש"ח לסדור באומנה כאחת האלטרנטיבות העדיפות לילדים המועמדים לסדור חוץ ביתי.

- * אישור סיום טיפולים פסיכולוגיים, שעורי עזר.
- * קביעת סמל תעריף למושם באומנה וכן קביעת סמל הסל המוצמד (בטופס מסגרות).

14. נוהל דיווח על אירוע חריג

14.1 אירועים הדורשים דיווח

על משפחת האומנה לדווח מיידית למנחת האומנה באם התרחש אחד מהאירועים הבאים:

- א. התדרדרות במצבו הרפואי (פיזי ו/או נפשי) של המושם באומנה.
- ב. אשפוזו של מושם בבית חולים.
- ג. בריחה/היעדרות ללא רשות מבית משפחת האומנה, או מהמסגרת היומית.
- ד. גרימת נזק חמור לרכוש המשפחה (לדוגמא: פריצה, גניבה, הצתה, הצפה וכו').
- ה. פטירת מושם באומנה.
- ו. משבר במשפחת האומנה, לדוג': פטירה, גרושין, לידה, אשפוז ממושך של אחד מבני המשפחה, פשיטת רגל ועוד.

14.2 שרשרת הדיווח

- משפחת האומנה תדווח טלפונית מיידית למנחה/ת האומנה.
- מנחה/ת האומנה י/תעביר את הדיווח טלפונית ואח"כ בכתב על גבי טופס "דייח אודות ארוע חריג" (נספח י') למנהל/ת האומנה בעמותה המפעילה ולמפקח/ת המחוזית על האומנה.
- המפקח/ת המחוזית/ת על האומנה י/תעביר את הדיווח לעו"ס המשפחה במחלקה לש"ח למפקח/ת הארצית/ת על האומנה שי/תעדכן גם את מנהל/ת השרות בקהילה בפרטי האירוע.

15. תחשיב זכאות להשתתפות המושמים עד גיל 18

מסודרים שגילם עד גיל 18 תחשיב הזכאות יעשה עפ"י הכנסות ההורים בהתאם להוראה 8.4 בתע"ס ועפ"י טבלת ההשתתפות שבנספח א' להוראה 8.4 בחוברת התעריפים המתעדכנים מעת לעת.

16. השירותים הניתנים ואופן התשלום

16.1 תשלומים באמצעות המערכת הממוחשבת
משפחת האומנה מקבלת את התשלום אחת לחודש ישירות מן המשרד למסגרת. תשלום זה כולל את "סל השירותים הנלווים" (ראה 16.2 להלן)

16.2 הוצאות מיוחדות - תשלומים למשפחות
א. הוצאות הניתנות למשפחה האומנת אוטומטית הכוללות ביגוד, ציוד ראשוני טיטולים לגיל הרך וארוח.

ב. סל הוצאות מיוחדות
"סל הוצאות מיוחדות מועבר עבור כל ילד לגופים המפעילים ואלה האחרונים מוציאים את הכסף לפי התוכנית הטיפולית של כל ילד. רשימת ותנאי המימון ב"חוברת הוצאות מיוחדות" (נספח יא).

16.3 הסדרים נוספים
השירותים הבאים ניתנים לכל הילדים המסודרים במשפחות אומנה ללא צורך בתשלום ובדיווח:

א. ביטוח רפואי - ניתן לקבל הטיפול הרפואי בקופת חולים לה משתייכים ההורים הביולוגים בסניף הקרוב למגורי משפחת האומנה. כמו כן, ניתן לקבל השירותים הרפואיים האמבולטוריים בסניף קופת החולים הכללית הקרוב למשפחת האומנה.

ב. ביטוח שיניים משמר - כל הילדים המסודרים באומנה מבוטחים
בביטוח שיניים משמר. טיפולי השיניים שאינם מכוסים ע"י הביטוח
(ראה סעיף 16.4 טז').

ג. כיסוי פגיעות בשיניים - כל תלמיד במערכת החינוך אשר שיניו נפגעו
ממכה, נפילה וכו'. הטיפול והריפוי מכוסים בהסדר בין משרד החינוך
והתרבות וקופת חולים כללית. כיסוי זה הוא לכל תלמיד שנפגע
במשך כל שעות היממה וגם בימי החופשות, רק בתוך כותלי בית
הספר. כדי לקבל הטיפול, יש להצטייד באישור ממזכירות ביה"ס בו
הילד למד ולפנות למרפאת שיניים של קופת חולים הכללית.
שרות ילד ונוער יש סל הוצאות מיוחדות לילד לחודש המתעדכן מעת
לעת, הכולל את כל ההוצאות המיוחדות להוציא אלה הניתנות
אוטומטית ישירות על ידי המשרד, ולהוציא מסיבות בר מצווה,
טיפולי שיניים מיוחדים ודמי כיס ליתום (ראה נספח 13 מדריך
להוצאות מיוחדות).

ד. ילדים יתומים מהורה אחד או משניהם

- (1) ילדים יתומים עקב תאונת דרכים או מקרה עוולה אחר יש
לפעול עפ"י ההנחיות המופיעות בנספח יב'
- (2) בקשה למענקים לילדים יתומים מקרנות עיזבונות לטובת
המדינה ניתן להגיש לוועדה עפ"י הנוהל שהתפרסם בחוזר
מנכ"ל 189 בתאריך 5.3.2009. (נספח י"ג)

17. גביית השתתפות הורים

גביית השתתפות ההורים תעשה ע"י הרשות המקומית במשך כל זמן שהותם
במשפחת האומנה כולל חופשות.

18. דיווח

הדיווח על פי נוהל מסגרות כדלקמן:

א. הדיווח על השמה במשפחת אומנה יעשה על גבי טופס השמה למסגרת טופסי "השמה למסגרת" יועברו לאגף מערכות מידע וענ"א לאחר שיאושר הסידור, אך לא מעבר לשלשה חודשים רטרואקטיבית, ולאחר שחתמו ההורים על התחייבות לתשלום ההשתתפות.

ב. הדיווח על סעיפים 16.2 ב' יהיה על גבי טופס "הוצאה מיוחדת למושם" (נספח יד').

19. מימון

א. המימון הינו מתקנה תקציבית "השתתפות בהחזקת ילדים בפנימיות" 38.10.41 בהתאם לתקציב המאושר ועפ"י הסיווג.

ב. תעריפי דמי ההחזקה מפורסמים בנספח טו' להוראה זו בחוברת התעריפים המתעדכנת מעת לעת.

20. בקרה

משרד הרווחה והשירותים החברתיים מפעיל בקרה שוטפת ע"י מפקחיו במחוזות וע"י עובדי האגף לביקורת פנימית.

נחום איצקוביץ
המנהל הכללי

נספח א' (8.2)

משפחות אומנה בשרות ילד ונוער - מועמדות

=====

- א. לא תאושר משפחה לאומנה שאחד מבני הזוג הורשע בעבר בעבירה מן העבירות לפי פרק ח' - סימן ט', סימן י', סימן י"א או סימן י"ב, פרק י' להוציא סימן ב' ופרק י"א לחוק העונשין התשל"ז-1977 או שיש נגדו תלונה או תיק פתוח באחת מהעבירות שלעיל.
- ב. למרות האמור לעיל כאשר חלפו 8 שנים מיום שהורשעו, תובא הבקשה לשמש כמשפחה אומנת לאשור המפקח/ת המחוזי/ת לאומנה בשירות ילד ונוער, ובהתיעצות עם הלשכה המשפטית במחוז.

נספח ב/1 (8.2)

גיליון מידע ראשוני אודות משפחה מועמדת לאומנה - מדריך לבודק/ת

=====

המשפחה המועמדת:

הנחיות כלליות לבודק/ת:

צריך לזכור כי תהליך הבדיקה הנו חושפני, מביך ויכול לאיים על המשפחה. חשוב לנקוט בטכניקות של joining, ריכוך, הומור, הפחתת מתחים, שיחה בגובה העיניים, להיות בו זמנית פורמלי ובלתי פורמלי.

נקודות לתשומת לב:

- 1) יש לשים לב האם יש פער משמעותי בתשובות של הגבר לעומת האשה.
- 2) יש לשים לב לאופן מילוי השאלון (מפורט, לקוני, פוסח על תקופות בחיים, מדגיש תקופות מסוימות וכו').
- 3) יש לבדוק האם יש נושא מרכזי (מוטיב) המעסיק את המשפחה (הורות, כסף, צורך בהצלחה וכו').
- 4) יש לבדוק האם יש במשפחה עומס (רגשי, כלכלי, תפקודי) לעומת פניות של המשפחה לאתגר חדש.
- 5) יש לנסות לזהות את שלב החיים (במעגל החיים) בו המשפחה נמצאת כיום.

הנחיות פרטניות

השאלה	נקודות לתשומת לב או העמקה	תכונות / מיומנויות עליהן ניתן ללמוד מהמענה
-------	---------------------------	--

פרטים כלליים

תאריך עליה	באם עלו בשנתיים האחרונות, יש לנסות לזהות כיצד הם מסתגלים לארץ, באם המעבר לארץ גרם למשבר ואם כן, כיצד המשפחה התמודדה ומתמודדת עם המשבר.	
------------	--	--

השאלה	נקודות לתשומות לב או העמקה	תכונות / מיומנויות עליהן ניתן ללמוד מהמענה
משרה מלאה/ שעות עבודה ביום	יש לבדוק מתי בני הזוג מגיעים לבית ומה הסדור עבור הילדים עד להגעת ההורים לבית.	
הכנסה חודשית קבועה	יש לוודא קיום הכנסה חודשית קבועה המאפשרת קליטה וטיפול בילד נוסף. הכנסות קבועות יכולות להתייחס הן לעבודה, הן לירושה והן לקצבאות.	
רמת הכנסה חודשית	יש לוודא שערכה של ההכנסה לפחות כשכר המינימום	

מבנה המשפחה

עיסוק בני המשפחה	יש לשים לב להשתלבות בני המשפחה במסגרות חינוך ותעסוקה. יש לנסות לבדוק באם יש פערים משמעותיים בהשתלבות במסגרות בין הילדים ואם יש ילדים חריגים במשפחה. יש לשים לב באם יש פערים משמעותיים בגילאי הילדים. אם כן, לנסות לבדוק את הסיבות לפער הגילאים.	<input checked="" type="checkbox"/> הכרת המשפחה <input checked="" type="checkbox"/> כוחות-צרכים <input checked="" type="checkbox"/> בניית קשרים <input checked="" type="checkbox"/> הערכה עצמית
------------------	---	--

תנאי מגורים

תיאור הדירה		<input checked="" type="checkbox"/> בריאות וביטחון
מקום לינה מיועד לילד	יש לשים לב היכן ועם מי מילדי המשפחה (אם בכלל) מייעדים את לינת הילד מהאומנה.	<input checked="" type="checkbox"/> פתיחות וכנות <input checked="" type="checkbox"/> קבלת החלטות שקולות <input checked="" type="checkbox"/> בריאות וביטחון

השאלה	נקודות לתשומות לב או העמקה	תכונות / מיומנויות עליהן ניתן ללמוד מהמענה
-------	----------------------------	--

מניעים לאומנה

מניעים לאומנה	יש לבחון האם יש הצטברות מניעים שנראים פחות עניינים, ובמידה וכן לדון בהם. יש לתאם ציפיות מול המשפחה, ולמשל אם יש תחושה שהמשפחה מדברת על אומנה אך חושבת על אימוץ, יש לחדד את ההבדלים ביניהם. יש לעודד שיח פתוח כדי להציף מניעים סמויים.	<input checked="" type="checkbox"/> פתיחות וכנות <input checked="" type="checkbox"/> הכרת המשפחה <input checked="" type="checkbox"/> הכרת השפעת האומנה <input checked="" type="checkbox"/> כוחות-צרכים <input checked="" type="checkbox"/> חוס ואהבה <input checked="" type="checkbox"/> קבלת החלטות שקולות <input checked="" type="checkbox"/> הערכה עצמית
------------------	--	---

יש לצרף תוצאות ניתוח זה לניתוח המורחב יותר בעקבות מילוי שאלון למשפחה המועמדת לאומנה.

מידע כללי אודות המשפחה:

1. האם מישהו מבני המשפחה סובל מבעיה רפואית? כן/לא, מי? פרט/י.

2. האם מישהו מבני המשפחה סבל בעבר מבעיה רפואית? כן/לא, מי? פרט/י.

3. האם מישהו מבני המשפחה נוטל טיפול תרופתי קבוע? מי? האם יש מעקב רפואי והיכן?

4. כיצד מחלת אחד מבני המשפחה השפיעה/משפיעה על חיי המשפחה?

5. האם למישהו מבני המשפחה יש רישום פלילי? כן/לא, מי? פרט/י.

6. האם הייתם או הינכם בקשר עם לשכת הרווחה או עובד סוציאלי באזור מגוריכם? אם כן, מדוע פניתם?

7. האם אחד מבני הזוג היה נשוי בעבר? כן/ לא, פרט

8. במידה וכן, האם יש ילדים מנישואים קודמים?

9. מה תוכניותיכם, אם בכלל, להרחבת המשפחה בעתיד?

מידע אודות מצב כלכלי:

1. תאר/י את הניהול התקציבי בבית ואופן קבלת ההחלטות בנושא:

2. האם משפחתכם היתה בעבר או נמצאת כיום בקשיים כלכליים? אם כן, אילו קשיים, כיצד התמודדתם או כיצד בכוונתכם להתמודד עם קשיים אלו?

3. בהתחשב בכך שהתשלום הראשון עבור דמי אחזקה מגיע לאחר כ-3 חודשים, האם תוכלו לממן את העלויות הראשונות בעצמכם עד אז?

חינוך וגידול ילדים:

1. האם יש לכם ניסיון קודם בטיפול וגידול של ילדים אחרים פרט לילדכם? פרט/י.

2. לכל משפחה יש חוקים וכללים: (למשל לא לקלל, שעות שינה). בהתייחס לכללים בביתך:

א. על איזה כללים אפשר לפעמים לא לשמור?

ב. על איזה כללים לעולם אסור לעבור?

ג. מה קורה אם מישהו מבני הבית עובר על הכללים?

3. איך מתייחסים בביתכם לפרטיות ולעירום?

4. איזה עונשים מקובלים בביתכם כאמצעי להטלת משמעת על ילדיכם?

5. מהי התייחסותך כהורה להישגים ולציונים בביה"ס?

6. באיזה שלב התפתחות של ילדיך נהנית ביותר להיות הורה?

נושאים רגישים:

1. האם מישהו מבני המשפחה היה בעבר או נמצא כרגע בטיפול פסיכולוגי, פסיכיאטרי, יעוץ נישואין או מטפל אחר? כן/ לא, אם כן באיזה מסגרת?

מהי סיבת הפנייה לטיפול?

אנא תאר את חווייתך מהטיפול:

2. האם את/ה או מישהו מבני המשפחה סבל/ סובל מהתמכרות כלשהיא? (סמים, אלכוהול, הימורים וכד') כן/ לא, אם כן פרט.

3. האם את/ה או מישהו מבני המשפחה סבל מהתעללות פיזית או מינית?

4. אילו אובדנים או משברים עברת בחיך וכיצד זה השפיע עליך (מות אדם קרוב, פיטורים, פרידות וכו')?

5. כיצד את/ה מגיב/ה במצבי לחץ ומשבר? תן/י דוגמאות.

אני ומשפחת המוצא:

1. תאור משפחות המוצא (ספר על ילדותך, על הוריך, אחיך, אורח החיים בבית וכדומה):

אלו דברים לקחת מבית ההורים?

אילו דברים החלטת שלא לקחת מבית ההורים?

2. תאר/י את הקשרים שלך עם משפחת המוצא שלך כיום.

3. האם יש בני משפחה עמם אינך שומר/ת על קשר כיום? פרט/י.

4. כיצד הוטלה עליך משמעת כילד/ה? איך זה משפיע עליך היום כהורה?

5. תאר/י את עצמך כילד/ה.

יחסים וקשרים במשפחה:

1. כיצד את/ה מבטא/ה את הרגשות הבאים:

אושר ושמחה _____

אהבה וחיבה _____

כעס ותסכול _____

עצב _____

לחץ _____

פחד ודאגה _____

2. תאר/י את חלוקת התפקידים במשפחה:

3. אילו במשפחתכם היתה בעיה כלשהי (רגשית, כספית רפואית וכדומה), למי היית יכול לפנות לקבלת סיוע? (תאר/י את מערכות התמיכה של משפחתכם):

4. תאר/י את הקשרים ומערכות היחסים בין בני המשפחה הגרעינית.

5. מהם יחסיך עם שכניך?

6. איך חברים או קרובים היו מתארים את משפחתכם?

7. מי הם המבקרים בביתכם בתדירות גבוהה או שאתם מבקרים בביתם? האם ילד באומנה יוכל להצטרף אליכם?

זוגיות:

1. כיצד נפגשתם?

2. מה לדעתך הטעם העיקרי לנישואיכם והטעם העיקרי להישארותכם ביחד?

3. מה הדבר את/ה הכי אוהב/ת בבן/ת זוגך?

4. מה לדעתך בן זוגך היה שמח, אם היית משנה בעצמך?

סוגיות באומנה:

1. כיצד להערכתך המצאות ילד חדש בביתכם תשנה את סגנון חייכם?

2. להערכתך, אילו חלקים מהאומנה עלולים להיות לכם קשים?

3. כיצד לדעתך תתמודד עם נוכחותם של ההורים הביולוגים בחייו של הילד שיגיע אליך לאומנה?

אליך לאומנה?

4. ילדים הזקוקים למסגרת חוץ ביתית לעיתים נושאים עימם משקעים רבים, טראומות וחוויות קשות, כל אלו מובילים להתנהגויות חריגות (כמו גניבות, התפרצויות זעם, אוננות, היפראקטיביות ועוד). כיצד לדעתך תוכל/י לעזור לילד במצב כזה לשקם ולארגן את חייו?

5. משפחות אומנה מלוות באופן אינטנסיבי ע"י עובדת סוציאלית המגיעה למשפחה בכדי לתת מענה, הנחייה וייעוץ למשפחה ולילד. בנוסף, על המשפחה להיות בקשר הדוק עם הגורמים המטפלים בו עפ"י הצורך (פסיכולוג, פסיכיאטר, מאבחן, עו"ס ועוד). מהי עמדתך לגבי העזרות בגורמים טיפוליים?

6. ילדים באומנה חווים בחייהם פרידות רבות, מעברים ואובדנים לאור נסיבות חייהם הקשות. כיצד לדעתך תוכל/י לתמוך ולעזור לילד שנפרד מסביבתו המוכרת, חווה אובדן קשה מנשוא של שלמות משפחתו ונאלץ לעבור לגור עימכם?

תפקידם של הורים אומנים כרוך בעבודה בשיתוף פעולה עם ההורים הביולוגיים, עם מנחת האומנה, עם המח' לשירותים חברתיים ועם שאר הגורמים המטפלים בילד. לפניך שאלות הנוגעות למצבים אפשריים, להם יתכן ותידרשו. דרגי מ- 0-5 את רמת הקושי בהתמודדות עם המצב הרשום ע"י כתיבת X במקום המתאים עבורך:

5 קושי רב מאד	4 קושי רב	3 קושי חלקי	2 קושי מועט	1 אין קושי	0 לא רלוונטי	הסיבה
						השתתפות במפגשים מקצועיים אחת למספר חודשים במחלקה לשירותים חברתיים, במשרדי האומנה ו/או בבית הספר של הילד
						הבאת הילד למפגשים במקום שנקבע ובתדירות שנקבעה במפגש הילד עם הוריו
						גמישות לשינויים בזמן המפגשים
						מעורבות ההורים הביולוגיים באירועים כגון אסיפות הורים, טיולים, מסיבות, אשפוז הילד
						שיתוף ההורים בנוגע להחלטות דוגמת תספורת של הילד, שינוי בית ספר, כיתה ועוד

קושי רב מאד	5 קושי רב	4 קושי חלקי	3 קושי מועט	2 אין קושי	1 לא רלוונטי	0 הסיבה
						יידוע מנחת האומנה מיידיית באירוע חריג: פציעה, בריחה, אלימות, אשפוז או חולי רציני
						שיתוף מנחת האומנה בנעשה במשפחתך שעשוי להשפיע על האומנה (קשיים עם ילדכם, מעבר דירה, חתונה במשפחה, בעיה בזוגיות, חופשה בחו"ל, הריון, קושי עם משפחה מורחבת, בעיות תעסוקה, חולי וכדומה)
						קיום שיחות הדרכה של מנחת האומנה בהשתתפות כל המשפחה
						קשר עקבי ורציף עם מסגרת החינוך כדי לסייע לילד להשתלב ולהיענות לצרכיו
						לשתף פעולה בהוצאה לפועל של התוכנית הטיפולית שהוגדרה לילד כגון טיפול רגשי, שיעורי עזר, מתן תרופות, טיפול רפואי ופרא-רפואי, מעבר לחינוך מיוחד ועוד

5	4	3	2	1	0	הסיבה
קושי רב מאד	קושי רב	קושי חלקי	קושי מועט	אין קושי	לא רלוונטי	
						מתן חיסונים לילד גם אם הילדים הביולוגיים של משפחת האומנה לא מקבלים חיסונים מסיבות שונות
						לאפשר למשפחה הביולוגית לקחת את הילד מביתך

משפחה יקרה! אנו מודים לכם על שיתוף הפעולה במילוי השאלון.

בהצלחה!

צוות (שם העמותה)

הצהרה:

אני מצהיר/ה שכל הנתונים שאני מוסר/ת בשאלון זה הנם נכונים, מדויקים ושלמים. לא הסתרתי מידע ומסרתי כל מידע הנראה רלוונטי לשאלות שהועלו.

שם תאריך חתימה

נספח ג' (8.2)

אזהרה
טופס זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסר שלא כדין עובר עבירה.

מסגרות

טופס זה ימלא ע"י הפיקוח או האגף בלבד - למעט תמיכה ביתית ומשפחתיות שימלא ע"י המחלקה לש"ח ברשות. אין להכניס שינויים ותיקונים בטופס זה. טופס שהוכנס בו שינוי על-ידי המעון או כל גורם אחר, לא ייקלט ויחזור ללשכה המחוזית לביקורת.

משרד הרווחה

האגף למערכות מידע וענ"א מערכת מס"ר

נתוני אישון

שם מסגרת	שם מסגרת	סמל מסגרת	הוספה <input type="checkbox"/>	סוג פעולה
			ע <input type="checkbox"/>	עדכון <input type="checkbox"/>
יחידה אחרת				
01 נשים מוכות	02 נערות במצוקה	03 חרשים	04 נפגעי אלכוהול	05 דרי רחוב
06 ילדים בסיכון	07 מפגרים	08 זקנים	09 נוער עברייני	10 נערים
11 עוורים	12 נכים פיזית	13 ברי אימוץ	14 אוכלוסייה גבולית	15 עוורים מפרגים
16 מבוגרים	17 דרי רחוב אלכוהוליסטים	18 אמהות	19 נפגעי אלימות במשפחה	20 תלמידי ישיבה
21 נכים סמים	22 משפחות במשבר	23 אוטיסטים	24	25
26	27	28	29	30

סיווג משני		מרכז למניעת אלימות		מרכז רב תכליתי	
01 רב תכליתי	02 טיפולי	03 אימוני	04 גיל הרך	05 ביתית	06 לא אינטנסיבית
07 אינטנסיבית	08 משותפת	09 שיקומי	10 קבוצתי	11 ישיבה מסורתית	12 בית חולים כרוני
13 שיעורי	14 גראטרי	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54
55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66
67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96
97	98	99	00	01	02
03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31	32
33	34	35	36	37	38
39	40	41	42	43	44
45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56
57	58	59	60	61	62
63	64	65	66	67	68
69	70	71	72	73	74
75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86
87	88	89	90	91	92
93	94	95	96	97	98
99	00	01	02	03	04
05	06	07	08	09	10
11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28
29	30	31	32	33	34
35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46
47	48	49	50	51	52
53	54	55	56	57	58
59	60	61	62	63	64
65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76
77	78	79	80	81	82
83	84	85	86	87	88
89	90	91	92	93	94
95	96	97	98	99	00

סוג בעלות ומרשים - טפן את סוג הבעלות המחאימה ומלא את הפרטים כנדוש.

בעלות 01 רשות מקומית

שם רשות _____ שם רשות _____

מחוז _____

בעלות 02 ארגון מפעיל

שם ארגון _____ שם ארגון _____

בעלות 03 ממשלתית

בעלות 04 ציבורית

מס' תיק מס הניהול/מסוק מרשה ולעמותה - מס' עמותה/סמל בנק שם בנק

מספר חשבון _____ מספר טניף _____ שם טניף _____ מספר חשבון _____

אחוז מס במקור % _____ תוקף מס _____ שנה _____ החש' יום _____ משלם מע"מ _____

ק > < פ

בעלות 05 פרטית

מס' תיק מס הניהול/מסוק מרשה ולעמותה - מס' עמותה/מספר זיהוי ראש המשפחה

שם פרטי _____ שם משפחה _____

מספר זהות _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____

סמל בנק _____ שם בנק _____ מספר טניף _____ שם טניף _____ מספר חשבון _____

אחוז מס במקור % _____ תוקף מס _____ משלם מע"מ _____

ק > < פ

עמוד 2

נתוני בקרה

שם ממקח		קוד הוצאה		האם המסגרת נבנה השתתפות? כן <input type="checkbox"/> כ		חיסויה מרבית	
שנים	חודשים	שנים	חודשים	שנים	חודשים	שנים	חודשים
ניל סיום	ניל סיום	ניל סיום	ניל סיום	ניל סיום	ניל סיום	ניל סיום	ניל סיום
ניל התחלה		ניל סיום		ניל סיום		ניל סיום	

נתוני יחידה אחראית מספק

שם		קוד		שם		שם	
שנים		חודשים		שנים		חודשים	
ניל סיום	ניל סיום	ניל סיום	ניל סיום	ניל סיום	ניל סיום	ניל סיום	ניל סיום
ניל התחלה		ניל סיום		ניל סיום		ניל סיום	

נתוני מדוד

שם מהור		מגבר אנלוגיית מסגרת		אזור קליטת חופים		דרם חיובי/מאפייני דת		קופת חולים	
01	יהודי	01	רשות מקומית	01	ממלכתי	01	ממלכתי דתי	01	כללית
02	מוסלמי	02	מחוזי/אזורי	02	ממלכתי דתי	02	ממלכתי דתי	02	מכבי
03	נוצרי	03	ארצי	03	עצמאי	03	עצמאי	03	מאוחדת
04	דרוזי	04	אחר	04	אחר	04	אחר	04	לאומית
05	אחר	05	אחר	05	אחר	05	אחר	05	אחר
06	חפיה	06	הגליל המערבי	06	הגליל המערבי	06	הגליל המערבי	06	הגליל המערבי
07	יהודה	07	יהודה	07	יהודה	07	יהודה	07	יהודה
08	ראשון לציון	08	ראשון לציון	08	ראשון לציון	08	ראשון לציון	08	ראשון לציון
09	הנגב	09	הנגב	09	הנגב	09	הנגב	09	הנגב
10	פתח-תקווה	10	פתח-תקווה	10	פתח-תקווה	10	פתח-תקווה	10	פתח-תקווה
11	השרון	11	השרון	11	השרון	11	השרון	11	השרון
12	חפר	12	חפר	12	חפר	12	חפר	12	חפר
13	השומרון	13	השומרון	13	השומרון	13	השומרון	13	השומרון
14	העמק	14	העמק	14	העמק	14	העמק	14	העמק
15	הגליל	15	הגליל	15	הגליל	15	הגליל	15	הגליל
16	אילת	16	אילת	16	אילת	16	אילת	16	אילת
01	ירושלים	01	ירושלים	01	ירושלים	01	ירושלים	01	ירושלים
02	תל-אביב	02	תל-אביב	02	תל-אביב	02	תל-אביב	02	תל-אביב
03	יפו	03	יפו	03	יפו	03	יפו	03	יפו
04	דן	04	דן	04	דן	04	דן	04	דן
05	חודש	05	חודש	05	חודש	05	חודש	05	חודש
06	שנה	06	שנה	06	שנה	06	שנה	06	שנה
07	חודש	07	חודש	07	חודש	07	חודש	07	חודש
08	יום	08	יום	08	יום	08	יום	08	יום

כתובות

כתובת מסגרת		רחוב		מס' בית		כניסה		דירה		סמל יישוב		שם יישוב		מיקוד	
מספר טלפון		מספר טלפון		מספר טלפון		מספר טלפון		מספר טלפון		מספר טלפון		מספר טלפון		מספר טלפון	
מטען למכתבים אפשרות א'		רחוב		מס' בית		כניסה		דירה		סמל יישוב		שם יישוב		מיקוד	
מטען למכתבים אפשרות ב'		תא דואר		שם יישוב		מיקוד		שם הבעלים		מטען למכתבים אפשרות ב'		מטען למכתבים אפשרות ב'		מטען למכתבים אפשרות ב'	
מטען למכתבים אפשרות ב'		רחוב		מס' בית		כניסה		דירה		סמל יישוב		שם יישוב		מיקוד	

הערות כלליות

<p>סטטוס מסגרת</p> <p>01 בחכנון</p> <p>02 בהקמה</p> <p>03 פעילה</p> <p>04 עומדת להסגר</p> <p>05 שגורה זמנית</p> <p>06 שגורה</p> <p>07 בוסלה</p> <p>08 תאריך צמיח/סטטוס מסגרת</p> <p>09 תאריך צמיח/סטטוס מסגרת</p> <p>10 תאריך צמיח/סטטוס מסגרת</p> <p>11 תאריך צמיח/סטטוס מסגרת</p> <p>12 תאריך צמיח/סטטוס מסגרת</p>											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

אסמכתאות מצדכם

<input type="checkbox"/> תעודת עוסק מורשה / מלכ"ד	<input type="checkbox"/> אישור ניכוי מס במקור	<input type="checkbox"/> נספח נתונים נוספים
<input type="checkbox"/> אישור על ניהול ספרים	<input type="checkbox"/> אישור ניכוי ביטוח לאומי	

עמוד 3

הצמדת התעריפים למסגרת

השתתפות גרם אחר בהפעלת המסגרת	תוקף הצמדת תעריף		התחלה		יחידה אחראית	סידורי	סמל תעריף
	סיום	שנה	חודש	שנה			
	חודש						

הצמדת סלים לתעריף

סכום סל כספי	תוקף סל			תיאור סל	סמל סל	סידורי	סמל תעריף
	סיום	שנה	חודש				
	חודש						

בדקתי ואני מאשר/ת ככנות הפרטים המדווחים בטופס בהתאם להוראות.

חתימות

מנהל מחלקה לשרותים חברתיים	גובה רשות מקומית	מפקח מחוזי	ועדת תעריפים	יחידה אחראית
תאריך	תאריך	תאריך	תאריך	תאריך
שם	שם	שם	שם	שם
חתימה וחוקמת	חתימה וחוקמת	חתימה וחוקמת	חתימה וחוקמת	חתימה וחוקמת

כלי לזיהוי איתותי מצוקה לילד באומנה עבור מנחי האומנה

=====

מטרת הכלי הינה לשמר את מודעותם וערנותם של מנחי האומנה בזיהוי איתותים על שינויים בתפקודו של הילד שבטיפולם, העלולים להתפתח למשבר באומנה.

א ל : מנחה/ת האומנה שלום רב,

אנו מעמידים לשירותך כלי עזר לזיהוי איתותי מצוקה באומנה. הסימפטומים שהכלי מסייע לבדיקתם מבוססים על תפקודו של הילד בתחומים השונים שבחיי. חשוב לשים לב לשינויים, לתדירות, לעוצמה ולהקשר שבו מתרחשים שינויים אלו. על מנת שניתן יהיה להבחין בשינויים אנו ממליצים לצבע הערכה באמצעות הכלי בתדירות חודשית.

יש לשים לב, שרבים מהאיתותים ניתן ללמוד מהם, לא רק על סיכונים ומצבי משבר העלולים לגרום לקריסה, אלא גם למצבי משבר אחרים, דוגמת פגיעות מיניות.

על מנת לעשות שימוש נוח ויעיל בכלי אנו ממליצים לסמן בצבעים שונים במקום הרלוונטי. בדרך זו ההבחנה בשינוי על פני תקופת זמן תהיה ויזואלית ומוחשית יותר.

לדוגמא:

- 1 - ירוק: מסמל **אין כלל בעיה**
- 2 - צהוב: מסמל **כי קיים קושי קל** בהקשר לסימפטום
- 3 - כתום: מסמל **כי קיים קושי משמעותי** בהקשר לסימפטום
- 4 - אדום: מסמל **כי קיים קושי חריף** בהקשר לסימפטום

מועד ההערכה	סימפסום	תחום
	אי פניות ללימודים ירידה בהישגים ירידה בריכוז אחר:	קוגניטיביים
	פסיביות המענות מקשר עין טיקים גמגום חוסר שקט מוטורי סרבול מוטורי רעידות	מוטוריים
	מיחושים תלונות על בעיות גופניות עייפות יתר דריכות הזנחה בהופעה החיצונית ירידה בהגיינה התלכלכות (אנקופרזיס) הרטבה הופעת סימנים חריגים על הגוף גירויים באיבר המין* דלקות בדרכי השתן* הפרשות לא רגילות* מחלות פסיכוסומטיות	פיזיים

הערות:

ירוק: אין קושי
צהוב: קושי קל
כתום: קושי משמעותי
אדום: קושי חריף

מועד הערכה	סימפטים	תחום
	<p>הילד מתאר את מצבו באופן שונה במקומות שונים</p> <p>חיפוש דמויות נוספות לתמיכה מחוץ למשפחת האומנה</p> <p>מצבי רוח משתנים (לרבות התכנסות / מוחצנות יתר)</p> <p>התפרצויות זעם</p> <p>סף תסכול נמוך</p> <p>בכי ללא שליטה</p> <p>צחוק ללא שליטה</p> <p>שינוי באופי הדיבור (מוטיזם, צעקנות...)</p> <p>בהייה</p>	<p>רגשיים</p>

הערות:

ירוק: אין קושי

צהוב: קושי קל

כתום: קושי משמעותי

אדום: קושי חריף

מועד ההערכה	סימפטום	תחום
	שינוי דרסטי בהרגלי אכילה התנהגות אובדנית אלימות פיזית אלימות מילולית Acting out אי שיתוף פעולה עם הדמויות המטפלות בריחות הימנעות או התנגדות לחזרה מחופשה שינוי ברמת הקשר עם המשפחה הביולוגית התכנסות, מופנמות התנהגות מוחצנת התנהגות מינית חריגה מקלחות תכופות* שימוש בחומרים ממכרים ירידה בתפקוד החברתי אי ביקור סדיר לב"ס ריבוי תאונות התנהגות אנטיסוציאלית	התנהגותיים

הערות:

ירוק: אין קושי

צהוב: קושי קל

כתום: קושי משמעותי

אדום: קושי חריף

כלי לזיהוי איתותי מצוקה למשפחת אומנה עבור מנחי האומנה

מטרת הכלי הינה לשמר את מודעותם וערנותם של מנחי האומנה בזיהוי איתותים על שינויים בתפקודה של המשפחה האומנת שבטיפולם, העלולים להתפתח למשבר באומנה.

א ל: מנחה/ת האומנה שלום רב,

אנו מעמידים לשירותך כלי עזר לזיהוי איתותי מצוקה באומנה. הסימפטומים שהכלי מסייע לבדיקתם מבוססים על התנהלותה של המשפחה האומנת. חשוב לשים לב לשינויים, לתדירות, לעוצמה ולהקשר שבו מתרחשים שינויים אלו. על מנת שניתן יהיה להבחין בשינויים אנו ממליצים לצבע הערכה באמצעות הכלי בתדירות חודשית ולפחות אחת לארבעה חודשים. יש לשים לב, שרבים מהאיתותים ניתן ללמוד מהם, לא רק על סיכונים ומצבי משבר העלולים לגרום לקריסה, אלא גם למצבי משבר אחרים, דוגמת פגיעות מיניות.

על מנת לעשות שימוש נוח ויעיל בכלי אנו ממליצים לסמן בצבעים שונים במקום הרלוונטי. בדרך זו ההבחנה בשינוי על פני תקופת זמן תהיה ויזואלית ומוחשית יותר.

לדוגמא:

- 1 - ירוק: מסמל **אין כלל בעיה**
- 2 - צהוב: מסמל כי **קיים קושי קל** בהקשר לסימפטום
- 3 - כתום: מסמל כי **קיים קושי משמעותי** בהקשר לסימפטום
- 4 - אדום: מסמל כי **קיים קושי חריף** בהקשר לסימפטום

מועד ההערכה	סימפטום	תחום
	רמת הנאה מהילד האשמת הילד בקונפליקטים ובעיות התנגדות או אמביוולנטיות של אחד מבני המשפחה כלפי ילד האומנה יחס כלפי המשפחה הביולוגית של הילד אחר:	שינויי התנהגות מול הילד
	דאגה יחסית כלפי הילדים הביולוגיים של משפחת האומנה אמירות שליליות על ילד האומנה שיחות בהם משתפים את המשפחה והקרובים בקשיים שינוי תפקודי של ילד במשפחה שיכול ללמד על אי קבלת האומנה	התנהגות מול המשפחה והקרובים (של משפחת האומנה)

הערות:

ירוק: אין קושי
צהוב: קושי קל
כתום: קושי משמעותי
אדום: קושי חריף

מועד ההערכה	סימפטים	תחום
	<p>התנהגות מתפרצת בטיפולים ובפגישות ביטול פגישות, אי זמינות טלפונית, אי ייזום שיחות המשפחה משדרת עייפות תלונות מוגברות על התנהגות הילד ועל כל נושא ונושא דרישות כספיות חדשות שאינן מותאמות לצורך, כפי שמוערך ע"י גורמי הרווחה אי שיתוף פעולה ו/או קושי להשתמש במשאבים האנושיים והטיפוליים המוצעים ע"י גורמי הרווחה התלבטות האם להמשיך באומנה</p>	<p>התנהגות מול גורמים מקצועיים</p>

הערות:

ירוק: אין קושי

צהוב: קושי קל

כתום: קושי משמעותי

אדום: קושי חריף

כלי לזיהוי איתותי מצוקה עבור המורה

=====

א ל: המורה שלום,

אנא דווח/י במיידית על שינויים חריגים משמעותיים, בהתנהגות/אמירות/נראות של הילד המעוררות בך דאגה.

לנוחיותך, כלי עזר במתן הדיווח.

שם הילד _____

כיתה _____

שם המורה _____

תאריך _____

שם ממלא השאלון _____



טופס להערכת מצבן הבריאותי וההתפתחותי של ילד באומנה ולמילוי על-ידי עורכת סוציאלית כטיעו הורים ביילויים
תא אזורי טיפוח חלק א' דפא קודם

פרטים כלליים:

שם פרטי ומשפחה: _____

מספר תעודת זהות: _____

תאריך לידה: _____

גיל בזמן הכריזון: _____

קופת חולים: _____

גורם מפתח: _____

רפא מטפל: _____

תאריך הקבלה לאומנה: _____

סבת הדמניקה: _____

הורים אומנים: _____

שם האב: _____

כתובת: _____

טלפון: _____

העיר: _____

סיכום: (אבחנה ובעיית פעילות)

המלצה רפואית (ניתן לסמן) יש להתייחס ל: _____

הערכת קיימא במכון להתפתחות הילד: _____

הערכת קלינית חקשורת _____

הערכת מוטורית פיזיקלית _____

הערכת שיוטורית _____

הערכת סטיוולוגית _____

פוס: _____

סיכום: (אבחנה ובעיית פעילות) _____

המלצות סוציאליות: _____

העמותות המפעילות את האומנה: מ"י, אור שלום, סאבטי
 התקנים: דיקו/אמ" / פנתר אומנה / פסיכותרפיה

מועד ההערכה	התנהגות	סמן ב-x	רמת קושי
	אלימות כלפי חברים תגובות לא מותאמות למציאות עייפות חריגה (לאורך זמן) בידוד חברתי ירידה משמעותית בהישגים לימודיים התנהגות מינית חריגה (לגיל) בריחות (נשנות) גניבות (נשנות) אחר		ירוק: אין קושי צהוב: קושי קל כתום: קושי משמעותי אדום: קושי חריף

הערות:

פרט	אמירות	סמן ב-x	רמת קושי
	אובדנות אמירות לא מותאמות למציאות (בדיקת מציאות) תלונות על המשפחה האומנת (אי ש"ר) תלונות על הוריו תלונות על היפגעות במשפחה האומנת אחר		ירוק: אין קושי צהוב: קושי קל כתום: קושי משמעותי אדום: קושי חריף

הערות:

פרט	נראות	סמן ב-x	רמת קושי
	מוזנח ירידה בריכוז (לאורך זמן) אפאתי שינוי דרסטי במצב ברוח; התכנסות או מוחצנות יתר אחר		ירוק: אין קושי צהוב: קושי קל כתום: קושי משמעותי אדום: קושי חריף

הערות:

טופס הפניה למתנדב
=====

הריני מאשרת בזה:

כי המתנדבת: ת.ז.

כי המתנדב: ת.ז.

כתובת:

התנדב/ה לעבוד בתפקיד:

משפחה אומנת

החל בתאריך: _____ לתקופה של _____.

הפניה זו ניתנה לעניין פרק י"ג "תגמולים למתנדבים" לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) התשנ"ה-1995 (פרק ט2 לחוק בנוסחו הקודם), שלפיו מבוטחים מתנדבים מן הסוג הנ"ל בדומה לביטוח החל על נפגעי עבודה

תאריך

חותמת

מפקחת ארצית לאומנה

מדריך למנחת אומנה -

טופס נתונים בסיסיים כנקודת מוצא, לקראת השמת ילד באומנה

=====

מצ"ב שאלון נקודת מוצא לקראת השמת ילד באומנה. מטרת השאלון לרכז מקסימום נתונים של ילד לפני השמה, בכדי לערוך את ההתאמה המיטבית בינו/ה לבין משפחה אומנת מועמדת. כמו כן המידע יעזור להכיר את צורכי הילד/ה, לצורך בניית תוכנית טיפול ומעקב אחריה, לאורך זמן.

את השאלון יש למלא מתוך שני שאלונים, האחד שאלון המש"ח, המוגש לוועדה לתכנון טיפול והשני, שאלון משלים שממלאה עו"ס המשפחה לצורך השמה באומנה. בכל מקום בשאלון זה מצוין מאיזה מהשאלונים ניתן לקבל את האינפורמציה, לפי הקיצור הבא: ש. וועדה וש. אומנה.

תאריך מילוי השאלון

נתונים אישיים

השם המלא _____ ת"ז _____ תאריך לידה _____

לשכת המוצא _____ טלפון _____ פקס _____

טלפון מוקד / כוון חרום _____

עו"ס משפחה _____ טלפון _____ נייד _____

פקיד סעד _____ טלפון _____ נייד _____

האם הילד מסודר בצו? כן/ לא _____ אם כן, תוקף הצו _____

אם לא, האם הסידור בהסכמת שני ההורים ובחתימתם (טופס 10) או רק בהסכמת

ההורה המשמורן? _____

(עד כאן, ש. אומנה)

דת _____ האם המשפחה דתית/ חילונית/ מסורתית/

חרדית _____

(ש. וועדה)

הרכב משפחתי:

האם ההורים נשואים/ גרושים/ פרודים/ אלמנים/ חד הורית/ _____

(ש. אומנה)

כתובת ההורים: _____ טלפון _____ נייד _____

במקרה שההורים גרושים, מי המשמורן? _____

(ש. וועדה)

במקרה של הורים גרושים/ פרודים, הסדרי ראייה _____

(ש. וועדה)

האם: כתובת _____ טלפון _____ נייד _____

האב: כתובת _____ טלפון _____ נייד _____

מס' ילדים במשפחה _____ מקומו של הילד המושם _____

(ש. וועדה)

האם יש אחים שאינם חיים בבית ההורים? _____, הסדרי ראייה בין

האחים _____

(ש. וועדה)

סידורים קודמים/נוכחיים? (ש. וועדה)

בקהילה - מועדונית/ משפחתון/ מעון רב תכליתי/ אומנה יומית/ אומנה קהילתית-

בעבר/היום _____

חוץ ביתי- מרכז חירום/ פנימייה/ אומנה - בעבר/היום _____

האם הסידור הסתיים, מה היא סיבת הסיום? _____

סיבת ההוצאה מהבית (ש. וועדה)

החלטות ועדת החלטה (ש. וועדה)

איזור מומלץ להשמה _____ (ש. אומנה)

מדוע _____ (ש. אומנה)

הסדרי חופשה _____ (ש. אומנה)

קרובי משפחה בקשר עם הילד _____ (ש. אומנה)

סיכום אודות הילד (מכל הדו"חות הרלוונטיים):

תחום לימודי - (ש. אומנה)

מס'	תאור	כלל לא	קצת	הרבה	הרבה מאד	לא ידוע	לא רלוונטי
1	מוטיבציה ללימודים						
2	ידע כללי תואם גיל						
3	פערים לימודיים						
4	ביצוע משימות לימודיות						
5	שליטה במוטוריקה עדינה						
6	שליטה במוטוריקה גסה						
7	שליטה במתמטיקה						
8	שליטה בקריאה						
9	הכנת שיעורי בית						
10	רמת הבנה תואמת גיל						
11	בעיות שפתיות						
12	חסר מנוחה, מתנהג כאילו "יש לו סיכות"						

מס'	תאור	כלל לא	קצת	הרבה	הרבה מאד	לא ידוע	לא רלוונטי
13	דעתנו מוסחת בקלות,						
	קשה לו להתרכז						
14	דורש מהמורה/ גננת תשומת לב יותר מחבריו						
15	אינו מסיים דברים שהתחיל						
16	מתקשה ללמוד						
17	מתוסכל בקלות כשניצב מול קושי						
18	זקוק לתיווך בלמידה						
19	משתף פעולה עם המורה/ גננת						

(הורחב על בסיס שאלון קונורס)

- גן / כיתה בה מתחנך/ת כיום _____ (א' / ב' / ג'...)
- שם בית הספר _____ בעיר _____
- מתחנך/כת כיום בחינוך חילוני/ דתי/ חרדי, מה ההמלצה לאומנה לגבי מסגרת חינוכית? _____
- האם אובחנו/ יש חשד לליקויי למידה? כן/ לא, פרט/י _____ (ש. וועדה)
- האם עבר/ה ועדת השמה חינוכית? כן/ לא, תאריך, החלטות _____ (ש. אומנה)
- האם בבית/ס' גן מקבל/ת סיוע לימודי/ שעות שילוב? כן/ לא, פרט/י _____ (ש. אומנה)
- האם מבקר/ת בבית/ס' גן באופן סדיר? כן/ לא, פרט/י _____ (ש. וועדה)

- מהידוע בגן/ ביי"ס, מהם דפוסי יצירת הקשר עם דמות של מבוגר (עצמאי, בטוח, חשדן וכד' - פרט/י) _____

תחום חברתי - (ש. אומנה בשילוב שאלון וועדה)

מס'	תאור	כלל לא	קצת	הרבה	הרבה מאד	לא ידוע	לא רלוונטי
1	מקובל ע"י החברה						
2	מנהיג חיובי						
3	בעל מיומנויות חברתיות/ יכולת יצירת קשר						
4	מגלה הבנה לנורמות חברתיות						
5	מגלה חוש משחק הוגן						
6	מנהיג שלילי						
7	דחוי						
8	חסר כושר מנהיגות						
9	מושפע בקלות מילדים אחרים						
10	ילדותי, בלתי בשל						
11	אינו מודה בטעויותיו, מאשים אחרים						
12	אינו מסתדר עם ילדים אחרים						
13	אינו משתף פעולה עם חבריו לכיתה/ גן						
14	מתקוטט/ נוהג באלימות						

מס'	תאור	כלל לא	קצת	הרבה	הרבה מאד	לא ידוע	לא רלוונטי
15	מפריע לילדים אחרים						
16	נוטה לקלל						

(הורחב על בסיס שאלון קונורס)

תחום רגשי-התנהגותי - (ש. אומנה בשילוב שאלון וועדה)

מס'	תאור	כלל לא	קצת	הרבה	הרבה מאד	לא ידוע	לא רלוונטי
1	מצב רוחו משתנה במהירות ובקיצוניות						
2	נעלב בקלות, מתנתק						
3	רגיש ביותר לביקורת						
4	מרבה לבכות						
5	התקפי זעם						
6	התנהגות בלתי צפויה						
7	מתוח, מתנהג בצורה בלתי צפויה						
8	נוהג לברוח						
9	מתחכם, חצוף						
10	משמיע קולות בזמן או מקום בלתי מתאימים						
11	מגמגם						

מס'	תאור	כלל לא	קצת	הרבה	הרבה מאד	לא ידוע	לא רלוונטי
12	סובל מטיקים						
13	עומד על כך שבקשותיו יתמלאו מיד						
14	נוהג באלימות פיסית						
15	נוהג באלימות מילולית						
16	מביע פחדים לא תואמי גיל						
17	מחשבות טורדניות						
18	עושה מעשים מסוכנים כלפי עצמו						
19	עושה מעשים מסוכנים כלפי הסביבה						
20	הרגלי ניקיון נאותים						
21	הזנחה בהופעה חיצונית						
22	מתלונן על עייפות						
23	מתלונן על מחושים בתדירות גבוהה						
24	יוצר קשר תלתי עם מבוגרים						
25	נמנע מקשר עם מבוגרים						
26	כנוע במגע עם אנשים סמכותיים						

(הורחב על בסיס שאלון קונורס)

*** הרגלים ואפיונים מיוחדים:**

- הרגלי שינה _____ (ש. אומנה)
- הרגלי אכילה _____ (ש. אומנה)
- האם קיימת בעיה של הרטבה, לא/ כן ביום/ בלילה, פרט/י _____ (ש. אומנה)
- האם קיימת בעיה של אנקומפרזיס, לא/ כן ביום/ בלילה, פרט/י _____ (ש. וועדה)
- האם קיימת רגישות למזון/משקה כלשהו? כן/לא, פרט/י _____ (ש. וועדה)
- מאכלים אהובים _____ (ש. וועדה)
- שם חיבה _____ (ש. אומנה)

*** מידע רפואי**

- האם סובל ממחלה כלשהי? כן/ לא, פרט/י (כולל טיפול) _____ (ש. אומנה)
- האם נוטל תרופות כלשהן? כרוניות, כן/לא, פרט/י _____ (ש. אומנה)
- האם נוטל ריטלין לסוגיו, כן/לא, פרט/י _____ (ש. אומנה)

- האם נוטל תרופות פסיכיאטריות, כן/לא, פרט/י
(ש. אומנה) _____

- האם קיימת רגישות לתרופות? כן/ לא, פרט/י
(ש. וועדה) _____

- האם קיימות אלרגיות? כן/ לא, פרט/י
(ש. וועדה) _____

- האם קיבל את החיסונים במועדם? כן/ לא, פרט/י
(ש. אומנה) _____

- האם עבר/ה ניתוח כלשהו? כן/ לא, פרט/י
(ש. וועדה) _____

- האם סובל מבעיות מוטוריות כלשהן? כן/ לא, פרט/י
(ש. אומנה) _____

- האם יש מגבלות תפקודיות כלשהן? כן/ לא, פרט/י
(ש. אומנה) _____

קופ"ח _____ שם הרופא המטפל _____

טלפון _____

תחנת אם וילד _____ טלפון _____ (ש. אומנה)

- יש להמציא דו"ח מקופ"ח המעיד על מצבו הבריאותי של הילד. במידה ומטופל תרופתית, יש להביא מכתב מפורט מהרופא המטפל, בצירוף כתובתו ומספר הטלפון של המרפאה.

*** אבחונים וטיפולים שונים:**

- האם אובחן/ טופל במכון להתפתחות הילד, כן/ לא, פרט/י (המלצות והאם יושמו) _____

(ש. וועדה) _____

- האם הילד/ה עבר/ה אבחונים שונים: פסיכולוגי/ נוירולוגי/ פסיכיאטרי, כן/ לא, פרט/י _____ (ש. וועדה)

- האם מטופל/ טופל בריפוי בעיסוק, כן/ לא, פרט/י _____ (ש. וועדה)

- האם מטופל/ טופל בפיזיותרפיה, כן/ לא, פרט/י _____ (ש. וועדה)

- האם מטופל/ טופל אצל קלינאית תקשורת, כן/ לא, פרט/י _____ (ש. וועדה)

- האם מקבל טיפול רגשי (פסיכולוג/ עו"ס/ אומנות/ בע"ח/ אחר) כן/ לא, פרט/י _____ (ש. וועדה)

- עיקרי חוות דעת של המטפל: (ש. אומנה)

נא לצרף אבחונים מעודכנים וחוות דעת של מטפלים

*** התנהגויות חריגות:**

(שאלון וועדה, פרט להתנהגות מינית- בשני השאלונים)

- האם ידוע על אמירות אובדניות/ ניסיונות אובדניים, כן/ לא.

אם כן, מתי ואיך טופל _____

- האם ידוע על שימוש בחומרים ממכרים (סמים) / אלכוהול/ דבק מגע/ גז

מזגנים/ אחר) כן/ לא.

אם כן, מתי ואיך טופל _____

- האם ידוע על התנהגות מינית חריגה/ פגיעה מינית (כקורבן או כתוקף), /

אמירות מיניות, כן/ לא.

אם כן, מתי ואיך טופל _____

- האם ידוע על דפוס של בריחה (בית, בייס מועדונית וכד''), כן/ לא.

אם כן, מתי ואיך טופל _____

- האם ידוע על דפוס של התנהגות אנטי סוציאלית (התעללות בילדים, בבעלי-

חיים, ונדלזים וכד''), כן/ לא.

אם כן, מתי ואיך טופל _____

מסמכים רלוונטיים להשמה מוצלחת:

- לצורך איסוף מקסימום האינפורמציה על הילד/ה המועמד/ת להשמה, יש לשלוח את המסמכים הבאים:
- דו"ח סוציאלי מהמחלקה לשירותים חברתיים מעודכן וממצה.
 - דו"ח לימודי- חינוכי מבי"ס, הכולל תפקוד לימודי, חברתי, רגשי- התנהגותי הכולל התנהגויות חריגות אם יש והמלצות. יש לציין באיזו כיתה התלמיד/ה לומד/ת, והאם בחינוך רגיל או מיוחד.
 - במידה והילד/ה היה/תה זכאי לשעות שילוב- החלטת ועדת שילוב+ דו"ח מורת שילוב/ מורת מת"א.
 - במידה והילד/ה עבר/ה ועדת השמה חינוכית- טופס החלטת ועדת השמה וטופס החריגויות.
 - דו"ח מהמועדונית/ מעון רב תכליתי/ אחר, במידה והילד/ה שהה/תה שם.
 - דו"ח מעקב עדכני מהמכון להתפתחות הילד, אם טופל/ה שם (עד גיל 9).
 - אבחון פסיכו דיאגנוסטי או אבחון פסיכולוגי חינוכי, במידה והילד/ה אובחנ/ה
 - אבחון נוירולוגי/ פסיכיאטרי, במידה והילד/ה אובחנ/ה בעבר
 - אבחון קשב וריכוז, במידה והילד/ה אובחנ/ה בעבר
 - סיכום טיפול רגשי ו/או פרא- רפואי, במידה והילד/ה קיבל/ה טיפול.
 - דו"ח ממסגרת חוץ ביתית קודמת, אם שהה/תה בה
 - טופס רפואי שיינתן ע"י העמותה וימולא ע"י רופא/ עו"ס לגבי רגישות לתרופות/ מזון, אלרגיות, ניתוחים, מחלות כרוניות, טיפול כרוני/ אחר
 - טופס בנושא חברתי, רגשי- התנהגותי ודרכי התמודדות, שימולא ע"י העו"ס בקהילה עם ההורים הביולוגיים, במידה שהדבר אפשרי, שיינתן ע"י העמותה
 - טופס הסכם הורים לגבי סידור בהסכמה
 - כרטיס קופ"ח+ פנקס חיסונים
 - ויתור על סודיות רפואית במידה ואין מידע רפואי אודות הילד/ה
 - טפסים לצורך ביצוע ההשמה:
1. טופס השמה למסגרת (דף מקור)
 2. טופס החלטה על השמה (דף מקור)
 3. נתוני צו למושם והעתק מהחלטת בית המשפט-רק בהשמה בצו "חוק הנוער";
 4. צילום טופס נתוני יסוד של משפחת הקטין/נה

5. צילום תעודת זהות כולל הספח
6. העתק מפרוטוקול ועדת ההחלטה

לתשומת לבכם:

* טופס המסגרות הוכן על ידינו והועבר למיכון לקבלת סמל מעון

נספח ז' (8.2)

הסכם לפי סעיף 10 לחוק שירותי הסעד - תשי"ח (1958)

=====

שערך בין שר העבודה והרווחה/רשות מקומית.....
(להלן - המטפל);

לבין מר/גב'.....
שמעונו הוא.....
רחוב מספר העיר מס' זהות

(להלן - החייב);

הואיל ו-.....(להלן - הנזקק) נמצא בטיפול סוציאלי של
לשכת הסעד ב-.....;

והואיל והחייב הוא קרובו של הנזקק בהיותו..... וחייב
במזונותיו על פי דין;

והואיל והחייב מבקש מאת המטפל לדאוג לנזקק ולהחזקתו במעון;

והואיל והמטפל מסכים לבקשת החייב;

לכן מוצהר, מותנה ומוסכים בין הצדדים כלהלן:

1. המבוא להסכם זה מהווה חלק בלתי נפרד הימנו.
2. המטפל מקבל את הנזקק לטיפולו וידאג להחזקתו במעון משך תקופה שתראה לו, יפקח על שלומו הגופני והרוחני של הנזקק במעון ועל מתן השירותים החיוניים לשם כך.
3. החייב מצהיר בזה שיש בידו לשלם את דמי ההחזקה במעון, שהם מזונותיו של הנזקק (להלן - המזונות) לפי הסכם זה. לאחר שסיפק צרכי אשתו, ילדיו וילדי בן זוגו הקטינים וכי אין לנזקק מקור אחר להכנסה או קרוב יותר ממנו.
4. החייב מצהיר כי הנזקק לא תבע ממנו מזונות ולא גבה אותם.

5. החייב מתחייב בזה לשלם למטפל או למי שהמטפל יורה, מזונות בשיעור שייקבע מידי פעם בפעם על ידי שר העבודה והרווחה.
6. לא שילם החייב במועדו שיעור של מזונות כפי שנקבע לפי סעיף 5, יהא הוא חייב לשלם למטפל ריבית חוקית מקסימלית עבור תקופת הפיגור בתשלום.
7. החייב יודיע למטפל על כל שינוי שיחול במענו ובמצבו המשפחתי.
8. החייב מצהיר בזה כי ידוע לו שהסכם זה נערך על פי הוראות חוק שירותי הסעד, תשי"ח-1958 והוא מסמיך בזה את המטפל או מי שיורשה על ידיו להגיש הסכם זה לאישור בית המשפט, לפי סעיף 10 לחוק.
9. החייב מתחייב לשמור על הסדרים הנהוגים במעון לרבות ההוראות הנוגעות לביקוריו במעון, כפי שיקבעו ע"י מנהל המעון.
10. בתקופת החופש השנתי או העונתי או בזמנים אחרים כפי שיקבע ע"י המעון יקבל החייב לרשותו את הנוקק, ידאג לו, יטפל בו כראוי ויספק לו את צרכיו. החייב אחראי להחזרת הנוקק למעון בתום תקופת החופש. הארכת החופשה טעונה הודעה למעון.
11. לא שילם החייב את המזונות במשך שלושה חודשים רצופים, רשאי המטפל להודיע לחייב על כוונתו להחזיר את הנוקק לבית החייב. החייב יידרש להסביר את סיבת הפיגור בתשלום ואם לא יתקבל ההסבר על דעת המטפל יהא הוא רשאי בהתייעצות עם לשכת הסעד, להחזיר את הנוקק לבית החייב.
12. אם נוכח המטפל כי תמה תקופת הטיפול במעון או כי הנוקק אינו מתאים למעון בו הוא מוחזק ואין המטפל רואה אפשרות להעבירו למעון אחר, יילקח הנוקק מן המעון על ידי החייב. לחייב תימסר הודעה על סיום הטיפול או על אי התאמת הנוקק למעון ועל החלטת המטפל להחזירו לבית החייב.
13. החייב מסכים מראש ומייפה את כוחם של המטפל והמעון לבצע בדיקות ולתת טיפול רפואי הדרושים לשמירת שלומו הגופני והנפשי של הנוקק לפי שיקול דעתם של מומחי המטפל והמעון. מוסכם בזה כי בכל מקרה של צורך בניתוח חורג מן הרגיל ובדיקות במסגרת ניסוי מדעי תתבקש רשות החייב מראש. פרט לניתוח או טיפול דחופים שדחייתם עלולה לסכן את חייו של הנוקק.

14. החייב מסכים מראש ומייפה את כוחו של המטפל להעביר את הנזקק מן המעון בו סודר למעון אחר כפי שיימצא לדרוש והכרחי על ידי מומחי המשפט והמעון ולאחר שתינתן לחייב הודעה מוקדמת על כך ותינתן לו הזדמנות להשמיע את השגותיו בפני המטפל.
15. החייב מתחייב להמציא למטפל אחת לשנה הצהרה על הכנסותיו בשנה שקדמה לתאריך מתן ההצהרה. ההצהרה תומצא למטפל בין התאריכים 1 בינואר ו-28 בפברואר של כל שנה.
16. אם לא ימלא החייב את התחייבויותיו על פי הסכם זה באורח קבע ולפי סעיף 12, כי אז יהא המטפל רשאי להחזיר את הנזקק לבית החייב ועל חשבונו לאחר שתינתן לחייב הודעה שלושה ימים מראש. מבלי לגרוע מהאמור יהא המטפל רשאי במקרה של התרת הסכם זה או תנאי מתנאיו, להגיש תביעה משפטית נגד החייב ולנקוט בכל צעד משפטי אחר הנראה לו לשם שמירת טובתו של הנזקק.
17. מוסכם בזה כי לבית המשפט המחוזי בירושלים תהא סמכות לאשר הסכם זה וכי השיפוט בהליכים לפי הסכם זה יהיה לבית המשפט במחוז שבתחומו מתגורר החייב.
18. שני הצדדים מוותרים בזה על הצורך במשלוח התראות נוטריוניות בכל הקשור להסכם זה והנובע ממנו.
19. הסכם זה יכנס לתקפו ביום חתימתו על ידי המטפל ותקפו לשנה אחת מיום חתימתו והוא מוארך באופן אוטומטי לשנה נוספת וחוזר חלילה.
20. על אף האמור בסעיף 19 רשאי כל צד לבטל הסכם זה על ידי מתן הודעה מוקדמת של חודש ימים בדואר רשום לפי המען שצויין לעיל.

ולראייה באו הצדדים על החתום

ביום

המטפל

החייב

נספח ח' (8.2)

אזהרה
טופס זה סכיל מידע מוגן
לפי חוק הגנת הפרטיות
המוסר שלא כדון עובר בעברה

משרד העבודה והרווחה
האגף למערכות מידע ועניין
מערכת מס"ר

החלטה על השמה

אין להכניס שינויים ותיקונים בטופס זה. טופס שהוכנס בו שינוי על-ידי המעון או כל גורם אחר, לא ייקלט ויוחזר ללשכה המחוזית לביקורת.

נתונים מזהים סוג פעולה <input type="checkbox"/> ה <input type="checkbox"/> ע חוספה <input type="checkbox"/> ע עכונ <input type="checkbox"/> ה חוספה החלטה לאחר צו למשפט במסגרת <input type="checkbox"/> ה כחול או כחול הפסגות <input type="checkbox"/>		מספר הוות' ס"ב סוג תעודה מזהה <input type="checkbox"/> 0 תעודת זהות <input type="checkbox"/> 12 תעודת שהיה <input type="checkbox"/> 98 זהו משרדי <input type="checkbox"/> 11 תעודת מעבר <input type="checkbox"/> 99 שלמה	שם משפחה שם פרטי
תאריך לידה שנה חודש יום תאריך החלטה מקורי שנה חודש יום	סמל רשות שם רשות 11 - 12	27 - 13 42 - 28	59 - 60 57 - 58 55 - 56
גורם מחליט <input type="checkbox"/> 01 עובד מוצ' מפעל <input type="checkbox"/> 02 מקיט סעד <input type="checkbox"/> 03 עובד שרותים <input type="checkbox"/> 04 טיפוליים בקהילה <input type="checkbox"/> 05 ועדה מחוזית <input type="checkbox"/> 06 ועדה ארצית <input type="checkbox"/> 07 מכון להסתכלות <input type="checkbox"/> 08 ועדת אבחון <input type="checkbox"/> 09	ידועה אחריות <input type="checkbox"/> 01 השרות לילד ולנוער <input type="checkbox"/> 02 שרותים למפגן <input type="checkbox"/> 03 שרות זקן <input type="checkbox"/> 04 חסות הנוער <input type="checkbox"/> 05 השרות לעיוור <input type="checkbox"/> 06 נשים ונערות <input type="checkbox"/> 07 נשים נכים <input type="checkbox"/> 08 השרות למען הילד <input type="checkbox"/> 09 מוסדות ציבור <input type="checkbox"/> 10 רווחת הפרט והמשפחה <input type="checkbox"/> 11 שיקום נוער <input type="checkbox"/> 12 נפגעי סמים <input type="checkbox"/> 13 נוער וצעירים <input type="checkbox"/> 14 אוטיסטים <input type="checkbox"/> 15	61 - 62 43 - 50 41 - 50	61 - 62 43 - 50 41 - 50

סוג מוגן ראשוני <input type="checkbox"/> 01 חוזר <input type="checkbox"/> 02 ייעוץ <input type="checkbox"/> 03 חירום <input type="checkbox"/> 04	מות החלטה <input type="checkbox"/> 01 סידור חוץ ביתי <input type="checkbox"/> 02 סידור או טיפול במסגרת בקהילה <input type="checkbox"/> 03 הפניה לאבחון <input type="checkbox"/> 04 הפניה לגורם אחר	סמל מסגרת שם מסגרת	סוג מסגרת מיעד <input type="checkbox"/> 01 חוץ ביתית <input type="checkbox"/> 02 ספח אומנה (עד 5 ימים) <input type="checkbox"/> 03 טעם משפחתי (עד 12 ימים) <input type="checkbox"/> 04 מקלט מחסות <input type="checkbox"/> 05 זרימון <input type="checkbox"/> 06 חוסל <input type="checkbox"/> 07 מרכז חרום <input type="checkbox"/> 08 טענות <input type="checkbox"/> 09 זרימון המשר <input type="checkbox"/> 10 עמותה למשפחות אומנה <input type="checkbox"/> 11 פנימית <input type="checkbox"/> 12 קהילה טיפולית <input type="checkbox"/> 13
75 - 74 42 הקן 43 חסמה 44 ארוחת חסות 47 אומנה זמנית 48 מרכז קשר 49	71 - 72 35 מרכז להתפתחות הילד 36 מפתן 37 סדנת בתואו נופש 38 מרכז למניעת אלימות 39 מרכז טיפולי 40 הדרכה שקיטית 41 אורן	65 - 70 27 מעוזות 29 קיינה 30 נופשון 31 אבחון 32 טיפול זמ 33 מעוז/מרכז קהילתי 34 מרכז שיקום 21 מען זמ 22 עשונן 23 טענות 24 כיתת תצפית 25 מעוז/מרכז קהילתי 26	73 - 76 05 נסגר עקב סירוב/פעטירה 06 נסגר מסיבה אחרת 09 טענות קליטה, סנירה
תאריך ביצוע מיעד שנה חודש יום תאריך החלטה (מלא רק בעדן) שנה חודש יום תאריך חוסף החלטה/תאריך חוסף (חובה למלא) שנה חודש יום סיבת המתנה <input type="checkbox"/> 01 חוסר מקום <input type="checkbox"/> 02 חוסר תקציב <input type="checkbox"/> 03 העדר מסגרת	105 - 112 50 ילד מוכה לפי עו"ס או רופא 51 מניעת הצאה לסידור חוץ ביתי 52 אי תפקוד הורה מהתמכרות או נכות 53 משפחה רב עוברית והם מושמים 54 ילד עולה או משפחה במשבר עליה 55 מעוכב התפתחות לפי רופא ומוחה 56 בן למשפחה ברוכת ילדים (מעל 5) ומהם 3 פוטטים	87 - 94 30 עבריות 31 עזובה/שטטות 32 בריחות 33 בעיות התנהגות 34 עזובה מניית 35 סמים 36 אלכוהוליות 37 ליקוי גופני 38 בעיות נפשיות 39 קשיים בלימודים 40 פיגור שכלי 41 סירוב הילד לקשר עם ההורה 42 זיקנה 43 נכות 44 דרי רחוב	85 - 86 01 הורים אינם בארץ 02 מות הורה/הורים 03 נטישה על-ידי הורים 04 אשפוז הורה/הורים 05 מעצר הורה/הורים 06 הורים עבריים 07 הזנה/הורות לקנה 08 הכאה/אלימות 09 נילד עריות במשפחה 10 מחלת נפש במשפחה 11 פיגור הורה/הורים 12 מונבלות פיזית של הורה 13 בעיות כלכליות 14 בעיות זוגיות 19 אחר

אישורים
 בדקתי ואני מאשר/ת וכונות הפרטים המדווחים לרבות תאריך מתן ההחלטה
 שם _____
 הנו"מ _____
 המחליט _____
 חתימה _____

לישמוש המשרד בלבד
 הודעה על שגיאה
 הטופס הניל לא נקלט מהסיבה -
 מספר הודעה _____
 תאריך _____

שיע לבו 1. אין לתקן את הטופס/י מלא טופס חדש, תחום כנדרש, תלוש ספה זה וצורפו אליו.
 2. בפניה לבירור לגבי טופס זה, ציין את המספר המוטבע עליו.
 תפוצה: מקור - משרד סוצי. - 2 ועדת השמה; - 3 ועדת החלטה/המחליטה לשרותים חברתיים; - 4 חיק פונה במחלקה לשרותים חברתיים.
 האגף למערכות מידע
 03.99 (03) מס"ר 015

נספח ט' (8.2)

השמה למסגרת

מספר העבודה והרווחה האגף למערכות מידע ועזרי מערכת מס"ר

הואילו נא לקלוט את המושג במסגרתכם ואנו מתחייבים לשאת בתשלום עבורו על פי הנחיות מסדר המבנה והרווחה.

סוג העדכון - תעריף תאריך עזיבה
 (מלאו רק כשיש רשות התשתפות סעיף תקציבי מיוחד

נתוני המסגרה והמוסם

סוג העדכון	00	סוג מסגרת	12
הסמכה	00	שם מסגרת	12
עודכן	00	שם מסגרת	12
מלא	00	שם מסגרת	12
שם מפקחה	00	שם מסגרת	12
שם מסגרת	00	שם מסגרת	12

שם מסגרת: 00
 שם מסגרת: 00
 שם מסגרת: 00
 שם מסגרת: 00

נתוני התשלום למשנה

סוג תעריף: 01
 סוג מסגרת: 12
 שם מסגרת: 12
 שם מסגרת: 12
 שם מסגרת: 12

שם מסגרת: 00
 שם מסגרת: 00
 שם מסגרת: 00
 שם מסגרת: 00

השתתפות

סוג השתתפות	01	חברים	01
חברים	01	חברים	01
חברים	01	חברים	01
חברים	01	חברים	01

בדקתי ואני מאשר/ת/נ כמות הפרטים המדווחים לרבות השתתפות חברים בהתאם להוראות.

עזיבת משנה

מספר תאריך עזיבה	01	מספר תאריך עזיבה	01
מספר תאריך עזיבה	01	מספר תאריך עזיבה	01
מספר תאריך עזיבה	01	מספר תאריך עזיבה	01
מספר תאריך עזיבה	01	מספר תאריך עזיבה	01

היעדרויות

מספר תאריך היעדרות	01	מספר תאריך היעדרות	01
מספר תאריך היעדרות	01	מספר תאריך היעדרות	01
מספר תאריך היעדרות	01	מספר תאריך היעדרות	01

מי שהיה נשירותים

מספר תאריך נשירות	01	מספר תאריך נשירות	01
מספר תאריך נשירות	01	מספר תאריך נשירות	01
מספר תאריך נשירות	01	מספר תאריך נשירות	01

חתימות

חתימת המפקח/מפקח	חתימת המוסם	חתימת המוסם	חתימת המוסם
חתימת המוסם	חתימת המוסם	חתימת המוסם	חתימת המוסם
חתימת המוסם	חתימת המוסם	חתימת המוסם	חתימת המוסם

לימשו המשרד בלבד

המוסם הוא יורש וקלט מהשיבה.

מספר ונתן שני או המאסה בן סמל התעריף ליוזמה אחרות
 מסל המסגרת אנו קיים למטעם הפכה במקביל למסגרת

הודעה על שגיאה

האגף למערכות מידע ועזרי מערכת מס"ר

שם יבוא 1. אין לתקן את התופסה מלא תופסה חוש, תחום כרדש, תחום ספח זה וצרוס אליו.
 2. בפניה לכירור לבי תופסה זה, ציין את המספר המושבע לעיל.

מספר: מספר סוף: 2 - המסגרת: 3 - המחום: 4 - המחלקה לרשותם חברתיים: 5 - חק פנה בסמלחה לרשותם חברתיים. 015 מספר 05 99 01

טופס דיווח אודות אירוע חריג

=====

שם משפחה: _____ ס.מ.: _____ עיר מגורים: _____

שם הילד: _____ גיל: _____ שנה _____ אגף: _____

האירוע קרה בתאריך: _____ שעה: _____

דווח ע"י: אומנת _____

סווג האירוע

* אי חזרה מחופשה

* אלימות

* עזיבה פתאומית

* עישון סמים

* איום

* גניבות

* חטיפה

* מעורבות של משטרה

* התעללות - מינית

* אשפוז

* בריחה

* איום על אובדנות

* הריון לא מתוכנן

* אחר _____

רקע לאירוע

האם היו איתותים: חום ונפיחות כ-10 ימים קודם, נחשד כחזרת.

למי נמסרה הודעה/ דיווח:

- * משטרה
- * עו"ס לשכת מוצא/פקיד סעד
- * מפקח
- * מנהל/ראש צוות
- * אחר:

דיווח מילולי על האירוע בקצרה:

פעולות שנעשו:

המלצות לפעולה.

חתימה

שם מנחת האומנה

העתיקים:

מדריך להחזר הוצאות מיוחדות למשפחות אומנה ילדים ונוער

=====

תוכן עניינים

עמוד

הקדמה

נוהלי דיווח ומימון

טבלת הוצאות מאושרות

הקדמה

בחוברת זו הותאמו סוגי ההוצאות המיוחדות לצרכים של אוכלוסיות המושמות במשפחות אומנה. הסכומים המירביים צוינו בערכים של נקודות זיכוי ושולמו עפ"י ערך נקודת זיכוי. ביום החזר התשלום.

להלן הנחיות כלליות בדבר החזר ההוצאות:

1. לא יתקבל דיווח על הוצאה שעלותה עד 0.17 נ"ז, דמי ההחזקה כוללים סכום בגובה זה.
2. נקודת זיכוי.
3. ערך נקודת הזיכוי מתעדכן מעת לעת בטלמסר שמספרו 03-7653305. התשלום המירבי להוצאה - בשירות ילד ונוער יהיו בכפוף לתוכנית הטיפולית עפ"י העדיפויות הבאות:
הוצאות בהתאם לתוכנית הטיפולית

הוצאות לצרכים רפואיים
הוצאות להעשרה
בכפוף למגבלות התקציב ובאישור הארגון.

4. הוצאות מיוחדות שאינן מוכרות ומפורטות בטבלה שלהלן לא יאושרו לתשלום
 5. עדכון ושינויים, מהמופיע בחוברת יעשה ע"י העברת המידע בכתב ותחולתה תהיה לאחר 3 חודשים.
- התשלומים עבור ציוד וביגוד ראשוני, אירוח וטיטולים עד גיל שלוש יינתנו ע"י המשרד באופן אוטומטי, עפ"י הנוהל הקיים עד כה.

נוהלי דיווח ומימון

- א. החזר ההוצאות המיוחדות יועברו למשפחה ישירות מהארגון המפעיל תוך 45 יום מהגשת החשבונית עפ"י הכללים.
- ב. החזר עבור טיפולי שיניים וחגיגת בר מצווה יהיה עפ"י דיווח בטופס הוצאות מיוחדות (נספח) כולל הגשת חשבונית עפ"י הכללים.

טבלת הוצאות מאושרות

ההוצאות המיוחדות יינתנו בהתאם לתוכנית הטיפולית.

סמל תשלום	תיאור התשלום	בקרת גיל	סכום מרבי	הערות ומגבלות אחרות
1	שיעורי עזר*	גיל בית הספר 5 ומעלה - שעת חונכות ללא הגבלה	עד 20 שעות בחודש	לפי התוכנית הטיפולית
2	חוג בקהילה	גיל 3 ומעלה	עד 4 נקודות זיכוי בחודש	לפי התוכנית הטיפולית.
3	טיפול פסיכולוגי	כל הגילאים	עד 18 נקודות זיכוי בחודש	לפי התוכנית הטיפולית.
5	שכר לימוד לגן	עד גיל 7	עד 102 נקודות זיכוי בשנה	לרבות מטפלת בתינוק עד גיל שנה.
6	שירות נוסף בגן/במעון	גן חובה עד גיל 6	עד 4 נקודות זיכוי בשנה	
7	טיפול פרא- רפואי/ הוראה מתקנת	כל הגילאים	לפי הצורך ועד 10 נקודות זיכוי לחודש	לפי קביעה מקצועית. יש לפרט את סוג הטיפול.
8	נסיעה מיוחדת		עד 6 נקודות זיכוי בחודש	הוצאות נסיעה מחוץ לישוב אל ההורים הביולוגיים; נסיעה לטיפולים רפואיים; נסיעה לבית ספר בצירוף אישור ממשרד החינוך, ביה"ס ומהרשות המקומית שאינן השתתפות או החזר.

סמל תשלום	תיאור התשלום	בקרת גיל	סכום מרבי	הערות ומגבלות אחרות
10	אגרת שירותים נוספים	חינוך חובה - 5 ומעלה	עד 17 נקודות זיכוי בשנה	לרבות סל תרבות, תרומת שכלול, טיול שנתי וסיורים, בצרוף קבלה רשמית מבית הספר, ופירוט העלויות.
11	אבחון פסיכולוגי / פסיכיאטרי דידיקטי	כל הגילאים	עד 12 נקודות זיכוי בשנה	לפי התוכנית הטיפולית.

* התעריף לשעה עבור שיעורי עזר כדלקמן:

סטודנט 0.14 נ"ז

מוסמך 0.19 נ"ז

אקדמאי 0.26 נ"ז

סמל תשלום	תיאור התשלום	בקרת גיל	סכום מרבי	הערות ומגבלות אחרות
13	מכשירים רפואיים, משקפי ראייה, נעליים אורטופדיות	כל הגילאים	עד 15 נקודות זיכוי בשנה	יש להגיש אישור רפואי וחשבונית מס/קבלה + אישור ממשרד הבריאות, מקופת החולים ומהביטוח הלאומי כי אין הם משתתפים בהוצאה. לגבי משקפיים יש לצרף אישור מאופטומטריסט.

סמל תשלום	תיאור התשלום	בקרת גיל	סכום מרבי	הערות ומגבלות אחרות
14	מזון מיוחד	כל הגילאים	עפ"י הוראה 3.16 בתע"ס	על פי מכתב מרופא, אם מדובר בתוספת מזון אין קיזוז; יש להגיש חשבונית מס/ קבלה. פחות סכום עבור מזון בגובה 2.2 נקודות זיכוי לחודש, אם מדובר במזון יחיד.
15	מסיבת בר- מצווה/ טקס בגרות	גיל 11-14	עד 35 נקודות זיכוי ידווח בטופס הוצאות מיוחדות (לפי הנהג הישן)	תשלום חד-פעמי למושם (אפשר לקבל החזר אחד), על פי חשבונית מס/קבלה וסרט קופה רשמי בו מופיעים כל המוצרים.
16	טלית ותפילין	גיל 11-14	עד 5 נקודות זיכוי	
17	מתנת בר/בת מצווה/טקס בגרות	גיל 11-14	עד 3.5 נקודות זיכוי	
19	אגרת בחינות בגרות	גיל 13 ומעלה	עד 2 נקודות זיכוי בשנה	הסכום המאושר מצטבר לכל החיים.
22	קייטנה	3-14	עד 14 נקודות זיכוי בשנה	
23	טיטולים	מגיל 3	עד 4 נ"ז בחודש	
24	כסא בטיחות לרכב	גיל 0-8	עד 2.5 נקודות זיכוי	חד-פעמי

סמל תשלום	תיאור התשלום	בקרת גיל	סכום מרבי	הערות ומגבלות אחרות
25	טיפול שיניים מיוחד	כל הגילאים	עד 60 נקודות זיכוי לכל החיים ידווח בטופס הוצאות מיוחדות (לפי הנהג הישן)	הסכום המאושר מצטבר לכל החיים; יש להגיש מכתב רפואי, חשבונית מס/קבלה, תכנית טיפול ואישור ממושרד הבריאות.
26	טיפול רפואי ונסיעות חירום	כל הגילאים	לפי חשבונית מס/קבלה לא כולל מיון	
32	הוצאה בגין אשפוז חוסה	כל הגילאים		הסעיף הזה כולל: א. הוצאות אש"ל בסך 0.30 נ"ז ליום לפי תעודת השחרור מבית החולים; ב. החזר היעדרות מהעבודה - לפי תלוש המשכורת + אישור המעסיק על ימי היעדרות; {מעבר ימי מחלה ע"פ חוק} ג. שמרטף - עד 20 שעות בתעריף 0.08 נ"ז לשעה, לאחר מיצוי שעות חונכות.
34	ביטוח רפואי מיוחד	כל הגילאים	עד 15 נקודות זיכוי בשנה	הסכום יעודכן מידי שנה בשנה. יש לצרף לכל טופס צו מבית משפט, פרט לילדי "גשר".

סמל תשלום	תיאור התשלום	בקרת גיל	סכום מרבי	הערות ומגבלות אחרות
35	תרופות	כל הגילאים	יש לצרף אישור מקופת החולים וחשבונית רשמית ומדבקת התרופות מהרוקח.	
36	חונכות	כל הגילאים	עד 20 שעות בחודש לפי 0.14 נ"ז לשעה	
37	ספרים וציוד לבית הספר	גיל בית הספר 5 ומעלה	עד 4 נקודות זיכוי בשנה לא כולל כלי כתיבה	לצרף רשימת ספרים וציוד מבית הספר ופירוט הציוד שנקנה מהחנות.
42	מינוי לעיתון נוער	גיל בית הספר 5 ומעלה	עד 3.2 נקודות זיכוי בשנה	לא מאושר עיתון משפחתי.
43	הוצאות ברית מילה		עד 5 נקודות זיכוי	תשלום חד פעמי למושם על פי חשבונית רשמית של המוהל.
49	מיוחד לפי ועדת חריגים			

**נוהלים להגשה וקבלת מענקים לילדים יתומים - מקרנות
ועזבונו לטובת המדינה**

=====

א. כללי

בשנים האחרונות התקבלו במשרד תרומות ועזבונו לטובת המדינה עבור ילדים יתומים בישראל.

המנהל הכללי של משרד הרווחה והשירותים החברתיים מינה וועדה למתן מענקים לילדים יתומים בקהילה ובמעונות.

המענקים ניתנים לילדים יתומים בקהילה על פי המלצותיהם של העו"סים במחלקות לשירותים חברתיים לילדים יתומים במסגרות חוץ ביתיות על פי המלצת העו"ס המטפל, או מנהל המסגרת, ולילדים יתומים המסודרים במשפחת אומנה על פי המלצת העו"ס המטפל או מנהלת האומנה של הארגון המפעיל.

המחלקה לוועדות ערר וסיוע לבודדים אחראית לרכז ולטפל בכל הבקשות.

ב. מטרת המענק

המענק מיועד אך ורק להשלמת צרכיו האישיים של הילד היתום, שאין כל מקור אחר למימונם.

במסגרת חוץ ביתית המענק יהווה תוספת לסל הוצאות נילוות. המענק הניתן ליתום, מיועד לשימוש מידי ולא לחיסכון.

ג. הזכאים למענק

1. הגדרות

1.1 ילד יתום: ילד שאביו או אמו נפטרו.

1.2 ילד נטוש: ילד הזכאי לגמלת ילד נטוש על ידי המוסד לביטוח לאומי לאחר שנעזב ע"י שני הוריו, או שניטש ע"י הורה אחד וההורה השני נעדר או אינו גר עמו, ונבצר ממנו למלא דרך קבע את חובותיו כלפי הילד.

2. אוכלוסיית היעד

ילדים יתומים או נטושים עד גיל 19.

ד. מהות המענק

להלן פירוט הצרכים האישיים שעבורם יינתן המענק לילד:

א) בקהילה

1. דמי כיס - עד 20% מסכום המענק.
2. ביגוד והנעלה.
3. הוצאות אישיות לבר מצווה/בת מצווה.
4. השתתפות בהוצאות לצידוד לביה"ס.
5. הוצאות מיוחדות לילדים חריגים.
6. ספרים, חוגים, שיעורי עזר.
7. קייטנות וטיולים.
8. השתתפות ברכישת מחשב.
9. ריהוט לחדר ילדים.
10. משחקים (לגיל הרך)
11. טיפולי שיניים
12. השתתפות בנסיעה לחו"ל במסגרת משלחות לחו"ל.

ב) במעון

1. דמי כיס - עד 20% מסכום המענק.
2. ביגוד והנעלה.

3. הוצאות אישיות לבר-מצווה/בת מצווה, או לטקס בגרות אחר.
4. רכישת תשמישי קדושה לילד.
5. השתתפות בהוצאות לצידוד לביה"ס.
6. לצידוד ומכשור לפיתוח כשרונות
(כלי נגינה וציוד לפיתוח אומנויות).
7. רכישת מחשב אשר יהיה רכושו הפרטי של הילד.
8. השתתפות בשיעורי נהיגה (רק לאחר הצגת רשיון הנהיגה).
9. אירוח בחופשות מעבר למתקצב.
10. טיפולי שיניים מיוחדים שאינם כלולים בפוליסת הביטוח.
11. השתתפות בנסיעה לחו"ל במסגרת משלחות לחו"ל.

ג) באומנה

1. רכישת ציוד ומכשור לפיתוח כשרונות.
2. רכישת מחשב אשר יהיה רכושו הפרטי של הילד.
3. השתתפות בנסיעה לחו"ל במסגרת משלחות לחו"ל.
4. טיפולי שיניים מיוחדים שאינם כלולים בפוליסת הביטוח.
5. השתתפות בשיעורי נהיגה (רק לאחר הצגת רשיון הנהיגה).

בקשה לוועדה עבור סיוע בצרכים חריגים שאין להם כיסוי תקציבי ממקור אחר כגון: ריפוי בדיבור, ריפוי בעיסוק, הוראה מתקנת, טיפול פסיכולוגי, ידונו אך ורק בצירוף המלצת גורם מקצועי כגון: קלינאית תקשורת, פסיכולוג.

ה. גובה המענק

המענק יינתן במגבלות התקציב אחת לשנה ועפ"י הטבלה שלהלן:

ילד במעון	2,000 ש"ח
ילד ראשון בקהילה	2,000 ש"ח
ילד שני ואילך בקהילה	1,500 ש"ח
תוספת לכל ילד נכה או מוגבל הזכאי לקצבת נכות של המוסד לביטוח לאומי	1,000 ש"ח

1. נוהל הגשת הבקשה

בקשה ניתן להגיש אחת לשנה לילד יתום, על גבי הטפסים המצ"ב, למעט עבור טיפולי שיניים המפורטים בסעיף ח' ובצרוף:

- (1) צילום תעודת זהות של אחד ההורים;
- (2) תעודת פטירה של ההורה/הורים;
- (3) אישור על קבלת קצבת שאירים מהמוסד לביטוח לאומי;
- (4) לילדים נכים או מוגבלים יש לצרף אישור על קבלת גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי.

יש להקפיד ולסמן את מטרת הבקשה, למלא במדויק את מספר הזהות של הילדים ואת כל הפרטים, וכן את שם האחראי שעל שמו תירשם ההמחאה או ה"הודעה לקבלת תשלום".
פניה שחסרים בה פרטים או טפסים מלווים, לא תטופל ותוחזר לשולח.

1. בקשות עבור יתומים בקהילה יועברו ע"י מנהל המחלקה לשירותים חברתיים, רק עבור הילדים הנמצאים בטיפולם והמשפחה עונה לקריטריונים לעיל.

2. בקשות מהמסגרות החוץ ביתיות:

(א) בקשות מהמעונות עבור היתומים יועברו באמצעות העו"סים או מנהלי המעונות הנוגעים בדבר, המאשרים נזקקות והימצאותו של היתום במעון.

(ב) בקשות עבור יתומים במשפחות אומנה יועברו על ידי העו"ס המטפל של הארגון המפעיל עם העתק למפקח המחוזי על האומנה, לפחות חצי שנה לאחר תחילת הסידור במשפחה האומנת.

תנאי מקדים והכרחי למשלוח הבקשה הוא העברת קבלות מקור כנדרש על מענקים קודמים (אם היו) שהועברו למבקש בקהילה או במסגרת החוץ ביתית.

אישור המענקים מותנה במגבלות התקציב.
יש לשלוח את הטפסים למחלקה לוועדות ערר וסיוע לבודדים, כאשר על הבקשה חתום המבקש לפי סעיף ו' לעיל.

ז. זרכי עבודת הועדה

1. מזכיר/ת הוועדה בודק/ת את הבקשות ומאמת/ת אותן מול מערכת פנימית, מול מערכת נתוני יסוד ומול מרשם האוכלוסין ומוודאת כי התקבלו קבלות על מענקים קודמים, ומביאה אותן לדיון בוועדה.

2. כאשר אושרה הבקשה:

(א) עבור ילד בקהילה
תישלח ההמחאה או "הודעה לקבלת תשלום" למחלקה לשירותים חברתיים.

(ב) למסגרת חוץ ביתית
ישלח דו"ח ובו יפורטו שמות הילדים שעבורם ניתן המענק וייעודו. עם קבלת האישור, המסגרת החוץ ביתית תגבש יחד עם המפקח על המסגרת והילד/ה את ניצול כספי המענק ותעבירו לוועדה.

(ג) נוהל ביצוע למימוש המענק עבור ילדים יתומים במעונות יתואם ישירות עם הפיקוח ויופץ מסמך הנחיות שיועבר בצירוף להודעת התמיכה.

3. מעקב

(א) בקהילה
האחראי לקבלת ההמחאה או ל"הודעה קבלת התשלום" יחתום בכתב על ההתחייבות (נספח ב'), לבצע את ההוצאות עבור הילד היתום או הנטוש, ולהעביר - עד חצי שנה מיום קבלת המענק - קבלות / חשבוניות מס מקור על ההוצאות שאושרו ע"ג הטופס המצ"ב.

(ב) במסגרת חוץ ביתית
האחראי במסגרת החוץ ביתית ידאג לשלוח לוועדה קבלות מקור / חשבונית מס / קבלה בהתאם לתוכנית שגובשה למימוש כספי המענק עד חצי שנה מיום קבלת המענק.

ח. קריטריונים לטיפול שיניים לילדים יתומים בקהילה ובפנימיות

1. כללי

- (א) מענקים לילדים יתומים עבור טיפולי שיניים יינתנו מתוך כספים שהקציבה לנושא ועדת עיזבונות או תורמים אחרים.
- (ב) חברי ועדת יתומים, בשיתוף עם הנהלת המחלקה לבריאות השן במשרד הבריאות, בחנו את ההיבטים השונים הקשורים לטיפול שיניים לילדים ובהתאם לכך קבעו את הקריטריונים, המופיעים להלן בסעיף 3 ואילך.
- (ג) המחלקה לוועדות ערר וסיוע לבודדים אחראית לרכז ולטפל בכל הבקשות לסיוע המועברות באמצעות העובדים המוסמכים לכך, על גבי טופס הבקשה, המצ"ב.

2. סוגי הטיפול

- המענק יינתן רק לסוגי טיפול שאינם נמצאים בסל הבריאות.
- (א) טיפולים משמרים ומשקמים לילדים יתומים נזקקים בפנימיות חינוכיות.
- (ב) טיפולים מיוחדים וחריגים, כולל טיפולים אורתודנטים, לילדים יתומים בפנימיות המסודרים באמצעות המחלקה לשירותים חברתיים.
- (ג) טיפולים אורתודנטים, לאחר שהושלמו תחילה טיפולים משמרים, הכוללים טיפול בעששת, בסתימות וכו'.

3. אוכלוסיית היעד

ילד יתום או נטוש מגיל 6 עד 19 הזכאי לגמלה מהמוסד לביטוח לאומי.

4. גובה המענק

- (א) לטיפולים משמרים עד סכום של 5,000 ש"ח.
- (ב) לטיפולים אורתודנטים או חריגים עד סכום של 8,000 ש"ח

(ג) שילוב בין מענק ילד יתום למענק עבור טיפול שיניים
מתן המענק לטיפולי שיניים לילד לא יפגע, בזכותו לקבל מענק
רגיל לילד יתום עפ"י סעיף ה' לעיל.

(ד) השלמה למענקים מגורמים שונים
יאושר מענק לטיפולי שיניים כהשלמה למענקים מכל גורם אחר.

5. נוהל הגשת הבקשה

- (א) העו"ס במחלקה לש"ח או במסגרת החוץ ביתית יפנה את הילד
לרופא שיניים במרפאה ציבורית, קהילתית או מרפאה פרטית עם
"טופס בקשה לריפוי דנטלי" או "טופס ליישור שיניים במסגרת
חוץ ביתית" לשם קבלת הצעת תוכנית הטיפול.
- (ב) כאשר עלות הצעת תוכנית הטיפול היא עד 2,000 ש"ח יפנה העו"ס
המטפל את הבקשה לוועדה.
- (ג) כאשר עלות הטיפול היא מעל 2,000 ש"ח יפנה העו"ס את ההצעה
לגבי זיוה ביטון באגף בריאות השן, משרד הבריאות,
רח' רבקה 29 ירושלים 962000.
- (ד) עם קבלת אישור על תוכנית הטיפול ממשרד הבריאות יפנה העו"ס
את כל המסמכים לוועדה.
- (ה) אישרה הוועדה את המענק יועבר סכום המענק לפי סעיף 4 לעיל.
- (ו) גובה התשלום הראשון שיועבר לא יעלה על 50% מעלות תוכנית
הטיפול.
- (ז) התשלום השני יועבר לאחר קבלת הקבלה/חשבונית מס מקור
עבור החלק הראשון של הטיפול, בצירוף אישור של הרופא
והאחראי על החניך על ביצוע הטיפול.
- (ח) עם סיום הטיפול יעביר העו"ס המטפל קבלה/חשבונית מס עבור
החלק השני של הטיפול כולל אישור הרופא והמשפחה על סיום
הטיפול.

שם הרשות: _____ טלפון: _____ נייד: _____

כתובת המחלקה: _____

שם העו"ס: _____ תאריך: _____

לכבוד
המחלקה ליועדות ערר וסיוע לבודדים
משרד הרווחה
הקרן למתן מענקים לילדים יתומים
יד חרוצים 10, תד. 1260, תלפיות
ירושלים 91012

שלום רב,

הנדון: בקשה לסיוע עבור ילדים יתומים או נטושים בקהילה

בקשה לסיוע עבור משפחת _____ רק עבור ילדים יתומים או נטושים
הנמצאים בקהילה (ולא במעון)

כתובת: _____ מיקוד: _____

להלן דו"ח סוציאלי עדכני אודות המשפחה: (מס' זהות מלא – חובה – 9 ספרות)

הרכב המשפחה: ראש המשפחה / אפוטרופוס _____

מ.ז.

יתום מאב יתום מאם ילד נטוש משני ההורים

שמות הילדים עד גיל 19 הגרים עם ההורה בקהילה (ילדים השוהים בפנימיות, הפניה רק דרך המעון).

יליד/ת _____ מ.ז. _____ נכות: כן/לא

איזו?

יליד/ת _____ מ.ז. _____ נכות: כן/לא

איזו?

יליד/ת _____ מ.ז. _____ נכות: כן/לא

איזו?

יליד/ת _____ מ.ז. _____ נכות: כן/לא

איזו?

יליד/ת _____ מ.ז. _____ נכות: כן/לא

איזו?

יליד/ת _____ מ.ז. _____ נכות: כן/לא

איזו?

תמצית דו"ח סוציאלי על המשפחה:

פירוט הכנסות המשפחה: (מקור ההכנסה והסכום החודשי):

ההורה לומד ב _____ גובה התמיכה: _____ ש"ח.
ההורה עובד ב _____ גובה השכר: _____ ש"ח.

הכנסות ממקור אחר:

פנסיה	_____ ש"ח לחודש
הבטחת הכנסה	_____ ש"ח לחודש
קצבת נכות	_____ ש"ח לחודש
קצבת שארים	_____ ש"ח לחודש
קצבת זקנה	_____ ש"ח לחודש
קצבת ילד נכה	_____ ש"ח לחודש
מזונות	_____ ש"ח לחודש
אחרים	_____ ש"ח לחודש

1. המענקים לילדים במשפחה הנמצאים במעון, הפניה תיעשה באמצעות המעון בו שוהה הילד.
2. המענק מיועד למימון צרכי הילדים היתומים מתוך הפריטים ברשימה להלן:

יש להקיף בעיגול את מטרת המענק

- | | |
|--------------------------------------|---|
| דמי כיס – עד 20% מסכום המענק | ספרים, חוגים, שיעורי עזר |
| ביגוד והנעלה | קייטנות וטיולים |
| הוצאות אישיות לבר – מצוות / בת מצווה | השתתפות ברכישת מחשב |
| השתתפות בהוצאות לציוד לביה"ס | ריהוט לחדר ילדים |
| הוצאות מיוחדות לילדים חריגים | משחקים (לגיל הרך) |
| | השתתפות בהוצאות נסיעה במסגרת משלחות לחו"ל |

3. ה"הודעה לתשלום" / המחאה תרשם ע"ש ההורה או אפוטרופוס ותפדה בבנק הדואר בלבד / או בהפקדה בחשבון המוטב בבנק.

שם ומשפחה: _____ כתובת מדוייקת: _____

מס' זהות מלא:

בכבוד רב,

שם העו"ס המטפל*

חתימה

* יש לציין שם ברור

שם המעון/משפחה אומנת: _____ טלפון: _____ נייד: _____

כתובת המעון/משפחה אומנת: _____ מיקוד _____

שם העו"ס המטפל או אם הבית: _____

תאריך: _____

לכבוד
המחלקה לזעזועות ערר וסיוע לבודדים
משרד הרווחה
הקרן למתן מענקים לילדים יתומים במעונות
יד חרוצים 10, תד. 1260, תלפיות
ירושלים 91012

שלום רב,

הנדון: בקשה לסיוע עבור ילדים יתומים או נטושים במעונות/במשפחה אומנת

(יש למלא טופס עבור כל ילד יתום או נטוש בנפרד).

בקשת סיוע לילד _____ ת. לידה

מ.ז.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

נכות, איזו? _____ יש לצרף אישור ביטוח לאומי לקצבת נכות.

כתובת: _____ מיקוד: _____

להלן דו"ח סוציאלי עדכני אודות המשפחה:

שם ראש המשפחה / אפוטרופוס _____

מ.ז.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

יתום מאב יתום מאם ילד נטוש משני ההורים

תמצית דו"ח סוציאלי אודות המשפחה:

פירוט הכנסות המשפחה: (מקור ההכנסה והסכום החודשי):

ההורה לומד ב _____ גובה התמיכה: ש"ח _____.

ההורה עובד ב _____ גובה השכר: ש"ח _____.

1. המענק מיועד למימון צרכי הילדים היתומים מתוך הפריטים ברשימה להלן:

יש להקיף בעיגול את מטרת המענק

- | | |
|---|--|
| ☒ דמי כיס – עד 20% מסכום המענק | ☒ קייטנה |
| ☒ ביגוד והנעלה - בתוספת לתקציב | ☒ לציוד ומכשור לפיתוח כשרונות (כלי נגינה וציוד לפיתוח אומנויות. |
| ☒ הוצאות אישיות לבר – מצוות / בת מצווה | ☒ אירוח בחופשות מעבר לתקצוב |
| ☒ השתתפות בהוצאות לביה"ס ולמעון לצרכים יחודיים (עפ"י אישור מוקדם של הוועדה) | ☒ השתתפות בהוצאות נסיעה במסגרת משלחות לחו"ל |

2. המענק יינתן באמצעות מנהל המעון/משפחה אומנת. יש לרשום את סמל המעון/משפחה אומנת אליו תשלח ההמחאה .

סמל המעון/משפחה אומנת: _____ כתובת מדויקת של המעון/משפחה

אומנת: _____

טלפון: _____ נייד: _____

ב ב ר כ ה,

_____ חתימה

שם רשות: _____ טלפון: _____
כתובת: _____ מיקוד: _____
שם מנהל/ת המח' _____ תאריך: _____

לכבוד
הקרן למענק לילדים יתומים בקהילה
המחלקה לוועדות ערר וסיוע לבודדים
משרד הרווחה
יד חרוצים 10, תלפיות
ירושלים 93420

שלום רב,

הנדון: משפחת _____ ועדת מענקים מס' _____

קבלנו בתודה את ה"הודעה לקבלת תשלום" מס' _____ מיום _____ על סך _____

להלן אישור מקבל התרומה עבור הילדים וחתימתו:

שם: _____

תעודת זהות: _____

כתובת: _____

חתימת מקבל ההודעה לקבלת תשלום: _____

אנו נמציא קבלות ופירוט ההוצאות על הטופס שצורף עד לתקופה של חצי שנה.

בברכה,

חתימת מנהל/ת המח' לש"ח

יש לשלוח את הטופס עם חתימת מקבל ההודעה ועם חתימת מנהל/ת המח' לש"ח

כתב התחייבות

אני הח"מ _____ מס' ת.ז. _____
(נא לסמל בעיגול) ההורה/ האפוטרופוס/ העו"ס

כתובת: _____

מתחייב/ת בזה:

1. כי אשתמש בכל הסכום למטרה לה ניתן.
2. אמציא לכם חשבוניות מס במקור על ההוצאות, על הטופס המצורף, עד לתקופה של חצי שנה.
3. ידוע לי כי אם לא אשתמש בסכום המענק למטרה לשמה ניתן ולא אמציא את הקבלות/חשבוניות מס במקור על ההוצאה, אהיה חייב להחזיר למחלקתכם את כל סכום המענק שקיבלתי.
אני מתחייב להשתמש במענק למימוש הצרכים כפי שהוגדרו בטופס הבקשה.
הכסף לא ינתן ישירות לילד.

חתימה: _____

שם המעון/משפחה אומנת _____ טלפון: _____

כתובת: _____ מיקוד: _____

תאריך: _____

לכבוד
הקרן למענק לילדים יתומים במעון
המחלקה לזיווג ערר וסיוע לבודדים
משרד הרווחה
יד חרוצים 10, תלפיות
ירושלים 93420

שלום רב,

הנדון: שם הילד/ה ועדת מענקים מס' _____

קבלנו בתודה את המחאה מס' _____ מיום _____ על סך _____

להלן אישור מקבל התרומה בשם הילד/ה וחתימתו:

שם: _____

תעודת זהות: _____

כתובת: _____

חתימת מקבל המחאה: _____

אנו נמציא קבלות ופירוט ההוצאות עד לתקופה של חצי שנה.

בברכה,

מנהל/ת המעון/משפחה אומנת

יש לשלוח את הטופס עם חתימת מנהל המעון

כתב התחייבות

אני הח"מ _____ מס' מ.ז. _____
מנהל/ת המעון/העו"ס/משפחה אומנת (נא לסמל בעיגול)

כתובת: _____

מתחייב/ת בזה:

4. כי אשתמש בכל הסכום למטרה לה ניתן.
 5. אמציא לכס חשבוניות מס במקור על ההוצאות, על הטופס המצורף, עד לתקופה של חצי שנה.
 6. ידוע לי כי אם לא אשתמש בסכום המענק למטרה לשמה ניתן ולא אמציא את הקבלות/חשבוניות מס במקור על ההוצאה, אהיה חייב להחזיר למחלקתכם את כל סכום המענק שקיבלתי.
- אני מתחייב להשתמש במענק למימוש הצרכים כפי שהוגדרו בטופס הבקשה.
הכסף לא ינתן ישירות לילד.

חתימה: _____
מנהל/ת המעון/משפחה אומנת

אזהרה
 קופסת זה מכיל מינימום חומר, לצד חומרים חומרים נפוצים בהתאמה לרמת סכנת שריפת

הוצאה כיוונית למוסד

משרד הרווחה
 מאגף לענפי מוצר עזרי-אך
 און לריכוס שישום תרומות ממוסד. שופט שמוכנס בו שישו עז-ידי המוסד או כל גורם אחר, לא ייקלט ויחזור ללישבה המוחזקת לבי-חית.

שם המועד
 זיקי מועד
 עונת הוצאה
 עונת הוצאה
 מספר תרומה
 סך המועד
 סך המועד
 מספר תרומה
 מספר תרומה
 מספר תרומה
 מספר תרומה
 מספר תרומה
 מספר תרומה

מסר. עזרי-אך	שם מועד	מספר תרומה	שם המועד	מספר תרומה	מספר תרומה	מספר תרומה	מספר תרומה
01	שערי-אך	01	מוסד (שקופים/מסר)	09	מספר תרומה	09	מספר תרומה
02	מחלקת	02	מספר תרומה	10	מספר תרומה	10	מספר תרומה
03	מחלקת	03	מספר תרומה	11	מספר תרומה	11	מספר תרומה
04	מחלקת	04	מספר תרומה	12	מספר תרומה	12	מספר תרומה
05	מחלקת	05	מספר תרומה	13	מספר תרומה	13	מספר תרומה
06	מחלקת	06	מספר תרומה	14	מספר תרומה	14	מספר תרומה
07	מחלקת	07	מספר תרומה	15	מספר תרומה	15	מספר תרומה
08	מחלקת	08	מספר תרומה	16	מספר תרומה	16	מספר תרומה
09	מחלקת	09	מספר תרומה	17	מספר תרומה	17	מספר תרומה
10	מחלקת	10	מספר תרומה	18	מספר תרומה	18	מספר תרומה
11	מחלקת	11	מספר תרומה	19	מספר תרומה	19	מספר תרומה
12	מחלקת	12	מספר תרומה	20	מספר תרומה	20	מספר תרומה
13	מחלקת	13	מספר תרומה	21	מספר תרומה	21	מספר תרומה
14	מחלקת	14	מספר תרומה	22	מספר תרומה	22	מספר תרומה
15	מחלקת	15	מספר תרומה	23	מספר תרומה	23	מספר תרומה
16	מחלקת	16	מספר תרומה	24	מספר תרומה	24	מספר תרומה
17	מחלקת	17	מספר תרומה	25	מספר תרומה	25	מספר תרומה
18	מחלקת	18	מספר תרומה	26	מספר תרומה	26	מספר תרומה
19	מחלקת	19	מספר תרומה	27	מספר תרומה	27	מספר תרומה
20	מחלקת	20	מספר תרומה	28	מספר תרומה	28	מספר תרומה
21	מחלקת	21	מספר תרומה	29	מספר תרומה	29	מספר תרומה
22	מחלקת	22	מספר תרומה	30	מספר תרומה	30	מספר תרומה
23	מחלקת	23	מספר תרומה	31	מספר תרומה	31	מספר תרומה
24	מחלקת	24	מספר תרומה	32	מספר תרומה	32	מספר תרומה
25	מחלקת	25	מספר תרומה	33	מספר תרומה	33	מספר תרומה
26	מחלקת	26	מספר תרומה	34	מספר תרומה	34	מספר תרומה
27	מחלקת	27	מספר תרומה	35	מספר תרומה	35	מספר תרומה
28	מחלקת	28	מספר תרומה	36	מספר תרומה	36	מספר תרומה
29	מחלקת	29	מספר תרומה	37	מספר תרומה	37	מספר תרומה
30	מחלקת	30	מספר תרומה	38	מספר תרומה	38	מספר תרומה
31	מחלקת	31	מספר תרומה	39	מספר תרומה	39	מספר תרומה
32	מחלקת	32	מספר תרומה	40	מספר תרומה	40	מספר תרומה
33	מחלקת	33	מספר תרומה	41	מספר תרומה	41	מספר תרומה
34	מחלקת	34	מספר תרומה	42	מספר תרומה	42	מספר תרומה
35	מחלקת	35	מספר תרומה	43	מספר תרומה	43	מספר תרומה
36	מחלקת	36	מספר תרומה	44	מספר תרומה	44	מספר תרומה
37	מחלקת	37	מספר תרומה	45	מספר תרומה	45	מספר תרומה
38	מחלקת	38	מספר תרומה	46	מספר תרומה	46	מספר תרומה
39	מחלקת	39	מספר תרומה	47	מספר תרומה	47	מספר תרומה
40	מחלקת	40	מספר תרומה	48	מספר תרומה	48	מספר תרומה
41	מחלקת	41	מספר תרומה	49	מספר תרומה	49	מספר תרומה
42	מחלקת	42	מספר תרומה	50	מספר תרומה	50	מספר תרומה

לשימוש המשרד בלבד
 הודעה על שניאה
 הטופס הגיל לא נלקט מהסיבה -
 1. אין לנתן את הטופס מלא שופט חדש, חתום כנדרש, תלוש סופו זה זורפו אלו.
 2. בפנייה לכירורג לנכר שופט זה, אין את המספר המוטבע לעיל.

נספח י"ד (8.2)

שם מועד	מספר תרומה	שם המועד	מספר תרומה	שם המועד	מספר תרומה
מוסד (שקופים/מסר)	09	מספר תרומה	09	מספר תרומה	09
מספר תרומה	10	מספר תרומה	10	מספר תרומה	10
מספר תרומה	11	מספר תרומה	11	מספר תרומה	11
מספר תרומה	12	מספר תרומה	12	מספר תרומה	12
מספר תרומה	13	מספר תרומה	13	מספר תרומה	13
מספר תרומה	14	מספר תרומה	14	מספר תרומה	14
מספר תרומה	15	מספר תרומה	15	מספר תרומה	15
מספר תרומה	16	מספר תרומה	16	מספר תרומה	16
מספר תרומה	17	מספר תרומה	17	מספר תרומה	17
מספר תרומה	18	מספר תרומה	18	מספר תרומה	18
מספר תרומה	19	מספר תרומה	19	מספר תרומה	19
מספר תרומה	20	מספר תרומה	20	מספר תרומה	20
מספר תרומה	21	מספר תרומה	21	מספר תרומה	21
מספר תרומה	22	מספר תרומה	22	מספר תרומה	22
מספר תרומה	23	מספר תרומה	23	מספר תרומה	23
מספר תרומה	24	מספר תרומה	24	מספר תרומה	24
מספר תרומה	25	מספר תרומה	25	מספר תרומה	25
מספר תרומה	26	מספר תרומה	26	מספר תרומה	26
מספר תרומה	27	מספר תרומה	27	מספר תרומה	27
מספר תרומה	28	מספר תרומה	28	מספר תרומה	28
מספר תרומה	29	מספר תרומה	29	מספר תרומה	29
מספר תרומה	30	מספר תרומה	30	מספר תרומה	30
מספר תרומה	31	מספר תרומה	31	מספר תרומה	31
מספר תרומה	32	מספר תרומה	32	מספר תרומה	32
מספר תרומה	33	מספר תרומה	33	מספר תרומה	33
מספר תרומה	34	מספר תרומה	34	מספר תרומה	34
מספר תרומה	35	מספר תרומה	35	מספר תרומה	35
מספר תרומה	36	מספר תרומה	36	מספר תרומה	36
מספר תרומה	37	מספר תרומה	37	מספר תרומה	37
מספר תרומה	38	מספר תרומה	38	מספר תרומה	38
מספר תרומה	39	מספר תרומה	39	מספר תרומה	39
מספר תרומה	40	מספר תרומה	40	מספר תרומה	40
מספר תרומה	41	מספר תרומה	41	מספר תרומה	41
מספר תרומה	42	מספר תרומה	42	מספר תרומה	42
מספר תרומה	43	מספר תרומה	43	מספר תרומה	43
מספר תרומה	44	מספר תרומה	44	מספר תרומה	44
מספר תרומה	45	מספר תרומה	45	מספר תרומה	45

מספר
 הודעה
 תאריך

האגף לענפי מוצר עזרי-אך

1. (4)(25) ר.ל