



מדינת ישראל  
משרד המשפטים  
האפוטרופוס הכללי

תאריך: \_\_\_\_\_

מספר תיק: \_\_\_\_\_

## בקשת כניסה לתוקף (הפעלה) של יפוי כוח מתמשך

**פרטי הממנה** (האדם שמינה אותך לשמש כמיופה או מיופת כוח)

שם מלא: \_\_\_\_\_ מספר מזהה: \_\_\_\_\_

כתובת דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_ מספר טלפון נייד: \_\_\_\_\_

**פרטי מיופה/ת הכוח**

שם מלא: \_\_\_\_\_ מספר מזהה: \_\_\_\_\_

כתובת דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_ מספר טלפון נייד: \_\_\_\_\_

**הנושאים בהם יש להפעיל את יפוי הכוח המתמשך**

יש לסמן את העניינים שיעברו לטיפולך ברגע שיפוי הכוח ייכנס לתוקף.

- עניינים רכשיים** (טיפול בנכסים, בכספים ובהתחייבויות הכספיות של הממנה).
- עניינים אישיים** (טיפול בשגרה היומיומית ובשעות הפנאי של הממנה – שמירה על קשרים חברתיים, השתתפות בפעילויות, מעבר מגורים, התאמת הבית לצרכים של הממנה וכדומה).
- עניינים רפואיים** (דאגה לעניינים הבריאותיים והרפואיים של הממנה – קביעת בדיקות ותורים, קבלת החלטות רפואיות ומידע רפואי, וכדומה).



מדינת ישראל  
משרד המשפטים  
האפוטרופוס הכללי

## הצהרה

1. מונית על ידי \_\_\_\_\_ (יש למלא את שם הממנה) בעל מספר מזהה \_\_\_\_\_ לשמש כמיופה כוח בנושאים המפורטים בייפוי הכוח המתמשך.
2. אבדה לממנה היכולת לקבל החלטות בנושאים המפורטים בייפוי הכוח המתמשך.
3. ידוע לי שעם קבלת אישור על כניסת ייפוי הכוח לתוקף אוכל לקבל החלטות עבור הממנה בנושאים בהם הוסמכתי לפעול.

## עדכון גורמים נוספים

עליך להודיע על הבקשה לגורמים הבאים:

1. הממנה.
2. אם הממנה מתגוררת במוסד – מנהל/ת המוסד.
3. קרוב משפחה שהממנה גרה/איתו (בן או בת זוג, ילד, הורה, אחות וכדומה).
4. כל אדם נוסף שצוין מפורשות בייפוי הכוח המתמשך ('מיודע' בייפוי הכוח)

## אישור פרטים וחתימה

כל הפרטים שמילאתי בטופס זה הם אמת – נכונים, מלאים ומדויקים.

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ שם מלא

\_\_\_\_\_ תאריך

## שימו לב:

- יש לצרף לבקשה זו אישור שמעיד שלממנה אין יכולת לקבל החלטות באופן עצמאי (מסמך רפואי או אישור של גורם שצוין מפורשות בייפוי הכוח).
- אם יש מיופי כוח נוספים – כולם צריכים להגיש בקשה מקוונת או ידנית.