



ע"ר 3-610-001-58

טל' 6727174 – 02 שלוחה 107

פקס 6727169 – 02

http://www.aguda.co.il

טופס בקשה לביצוע הערכת תלות

עבור פונה לקבלת היתר להעסקת עובד זר

מיועד לנשים מגיל 60 ולגברים מגיל 65 אשר אינם זכאים לקצבת סיעוד מאת המוסד לביטוח לאומי מחמת גובה

הכנסותיהם והנמצאים בביתם או במסגרת עצמאית בלבד

ביטול בקשה זו מכל סיבה תחויב ב- 143 נש דמי טיפול

פרטי הנבדק:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז.

תאריך לידה _____ מין: זכר/נקבה (מחק המיותר)

כתובת הנבדק: רח' _____ מס' _____ ישוב _____ מיקוד _____

מס' טלפון בבית הנבדק _____ מס' טלפון נייד _____

שפות דיבור הנבדק: (1) _____ (2) _____

שם לתיאום: _____ מס' טלפון לתיאום: _____

פקס למשלוח טפסים: _____ קרבת המתאם לנבדק: _____

סכום להפקדה במזומן בלבד לתשלום עבור הערכה לחשבון בנק הדואר **3-35228-6** ע"ש האגודה לבריאות הציבור
בטפסים סטנדרטיים של בנק הדואר. מחיר 492 ₪ בגוש דן, חיפה והקריות, קרית שמונה, רעננה, כפר סבא, רמת השרון,
עכו, נהריה, עפולה, טבריה, ירושלים, אשדוד, רמלה, רחובות, לוד, נתניה, חדרה, באר שבע, אשקלון, נצרת, צפת.
בשאר הישובים המחיר הינו 612 ₪.

(לאחר ביצוע התשלום יש לפקס בקשה זו ביחד עם צילום אישור התשלום עליו יש לרשום שם ות.ז. של הנבדק, טופס
ויתור הסודיות, האישור הרפואי הסטנדרטי, צילום ברור של תעודת הזהות לפקס למעלה. ידוע לי שללא 5 מסמכים אלו לא
תבצע הערכה).

הריני לבקש מכם בזאת לבצע הערכת תלות עבורי לצורך קבלת היתר להעסקת עובד זר ולהעביר את התוצאות ליחידת
הסמך למתן היתרים להעסקת עובדים זרים במשרד התעשייה המסחר והתעסוקה.

ידוע לי כי תוצאות הערכת התלות ישלחו אל יחידת הסמך לעיל וכי ערעור יתקבל רק תוך חודש מביצוע הערכת התלות ע"ג
טופס ערעור.

תאריך חתימת הנבדק * _____

* הערה: במקרה בו הנבדק אינו כשיר לפנות בעצמו יחתם הטופס רק ע"י האפוטרופוס שמונה לו כדין.

שם האפוטרופוס _____ תאריך מינוי _____ חתימה _____

לשימוש המשרד

מופנה ללשכת בריאות _____ תאריך הפניה ללשכה _____ סודר: _____

מס' אסמכתא התשלום בבנק הדואר _____ הסכום ששולם _____ ₪

שם אחות מבצעת _____ קוד אחות _____

תוצאות הערכת התלות בנקודות: _____ תאריך ביצוע הערכה: _____ חתימת אחות: _____

תנועה: _____ נפילות: _____ הלבשה: _____ רחצה: _____ אכילה: _____ זכאות: ללא הגבלה/מוגבלת עד _____

הפרשות: _____ השגחה: _____ בודד: כן/לא _____ סה"כ נקודות _____ הוצאות נסיעה _____ ₪ (האחות שילמה-כן/לא).

עדכון: 16.2.2005

האגודה למען שירותי בריאות הציבור (ע"ר)
רח' כפר עציון 27, ירושלים
ע"ר 3-610-001-58

טל' 6727174 - 02

פקס 6727169 - 02

הצהרת ויתור על סודיות

אני הח"מ

שם פרטי שם משפחה מס' תעודת זהות

(כפי המופיע בתעודה)

(בטופס זה יש למלא את פרטי האדם הזקוק לעזרה שעבורו מוגשת הבקשה לקבלת היתר להעסקת עובד זר)

מצהיר בזאת על הסכמתי כדלהלן:

1. אני מסכים/ה ומאשר/ת שמידע מפורט ומלא אודות מצב בריאותי, ליקויי הגופניים ותפקודי בעבר ובהווה הקיים בקופות החולים ו/או בבתי חולים ו/או במוסדות ממלכתיים כמו המוסד לביטוח לאומי ו/או אצל אחרים, ימסר לאגודה למען שירותי בריאות הציבור ודרכה ליחידת הסמך למתן היתרים להעסקת עובדים זרים במשרד התעשייה המסחר והתעסוקה או לגורם ממלכתי וציבורי אחר.
2. אני מסכים/ה ומבקש/ת שכל אדם, או מוסד, אשר בידו מצוי מידע כנ"ל לגבי, ימסרו אותו לאגודה למען שירותי בריאות הציבור על פי דרישת גורם או נציג שהאגודה תמנה, ובאמצעותה יעבור המידע ליחידת הסמך למתן היתרים להעסקת עובדים זרים במשרד התעשייה המסחר והתעסוקה או לגורם ממלכתי וציבורי אחר.
3. כמו כן ניתנת בזאת הסכמתי לכך שהאגודה לבריאות הציבור או מי מטעמה, יעיינו או יובא לידיעתם בכתב ו/או בע"פ בהתאם לשיקול דעתה, כל מסמך או תיק אישי הנוגע למידע הנ"ל.
4. הסכמתי זו באה כדי לאפשר ביצוע הערכת תפקודי כתלוי בזולת ("הערכת תלות") על ידי האגודה בכדי לאפשר לוועדה למתן היתרים לעובדים זרים לשקול את מידת תפקודי והזדקקותי לסיוע מצד עובד זר, שיועסק על ידי למטרות סיעודיות ולהחליט בבקשה שהגשתי בעניין זה.

ולראיה באתי על החתום

תאריך

רק למי שמונה אפוטרופוס יחתום האפוטרופוס במקומו

ת.ז.

שם האפוטרופוס

שם החולה _____
 ת.ז. _____

הקף
 בעיגול

מידע מאחות / עייס מרפאה : נא לצרף בדף נוסף על פי הצורך.

א.	מסומת	מתאריך	אבחנות עיקריות	קוד
.1	Heart/ Circulation		Ischemic Heart Disease	1.
			S/P Myocardial Infarction	2.
			S/P CABG	3.
			S/P PTCA	4.
			Cardiac Arrhythmia	5.
			Atrial Fibrillation	6.
			Pacemaker	7.
			Congestive Heart Failure	8.
			Peripheral Vascular Disease	9.
.2	Neurological/ Psychiatric		Cerebrovascular Disease	10.
			S/P CVA	11.
			Hemiparesis / Hemiplegia	12.
			Dysphasia / Aphasia	13.
			S/P TIA	14.
			Parkinson's Disease	15.
			Seizure Disorder	16.
			Dementia	17.
			Depression	18.
.3	Endocrine		Diabetes Mellitus	20.
			Hypothyroidism	21.
			Hyperthyroidism	22.
.4	Musculoskel		Osteoarthritis	23.
			Rheumatoid arthritis	24.
			S/p Hip Surgery	25.
.5	Respiratory		Chronic Lung Disease	26.
			Asthma	27.
.6	Renal		Renal Failure (acute or chronic)	28.
			Hemodialysis	29.
			Peritoneal dialysis	30.
.7	Oncological		Describe site, histology, stage Radiotherapy current	31.
.8	Other		Anemia	32.
			Malnutrition	33.
			Hypertension	34.
.9			Infectious Disease	35.
			Other (provide details)	36.

ב. טיפול רפואי נוכחי (כולל תרופתי)

ג. אשפוזים / אירועים / בשישה חודשים אחרונים (פרט שני אירועים - המשמעותיים ביותר)
 אין יש (פרט להלן)
 1. תאור האירוע / הסיבה לאשפוז _____

 תאריך האירוע / אשפוז _____
 מקום אשפוז _____

2. תאור האירוע / הסיבה לאשפוז _____

 תאריך האירוע / אשפוז _____
 מקום אשפוז _____
 מצב רפואי / תפקודי בתום האירוע / אשפוז אחרון _____

ד. מצב קוגניטיבי (ציין אפשרות אחת)
 1. מתמצא בזמן ובמקום
 2. הפרעה קלה בהתמצאות
 3. הפרעה ניכרת בהתמצאות
 4. דמנציה-עם הפרעה בדיבור ובתפקוד היומי
 5. אין מידע

ה. יציבות מצב קוגניטיבי (למי שסומן בקטגוריות 3-4)
 האם הזקן עשוי לחזור למצב התקין מבחינה קוגניטיבית תוך כחודשיים ימים?
 כן לא אין מידע

ו. תחילת ההגבלה המשמעותית בתפקוד יום יומי
 בשני החודשים האחרונים
 בתקופה שקדמה לחודשיים האחרונים
 אין מידע

ז. המגבלה שגרמה לירידה הנוכחית בתפקוד היא בעלת אופי זמני
 כן לא אין מידע

ח. האם הזקן סובל ממחלה מדבקת פעילה?
 כן, פרט _____
 לא

שם הרופא _____ המרפאה / בית חולים _____ טלפון _____
 תאריך _____ חתימה וחותמת _____



תצהיר למבקש לביצוע הערכת תלות

לקבלת היתר להעסקת עובד זר

1. הריני להצהיר בזאת כי ידוע לי שהערכת התלות המבוצעת על ידי האגודה למען שירותי בריאות הציבור מיועדת לנשים מגיל 60 ולגברים מגיל 65 אשר אינם זכאים לקצבת סיעוד מאת המוסד לביטוח לאומי מחמת גובה הכנסותיהם והנמצאים בביתם או במסגרת עצמאית בלבד.
2. הנני מצהיר כי לא נעשה לי מבחן תלות או שאיני זכאי לתוצאות מבחן תלות על ידי המוסד לביטוח לאומי במשך השנה האחרונה.
3. ידוע לי כי תוצאות הערכת התלות שבוצעה על ידי האגודה למען שירותי בריאות הציבור עבור מי שמטופל או נבדק על ידי המוסד לביטוח לאומי בשנה האחרונה לא התקבל על ידי יחידת הסמך לעובדים זרים לצורך קביעת זכאות להיתר העסקת עובד זר.
4. ידוע לי כי תוצאות הערכת התלות ישלחו אל יחידת הסמך לעיל וכי ערעור יתקבל רק תוך חודש מביצוע הערכת התלות ע"ג טופס ערעור.
5. כמו כן ידוע לי כי בבדיקת הערעור נתיחס אך ורק לשאלה האם תוצאות הביקור משקפות את המצב שהיה בעת הביקור עצמו ולא כל התרחשות אחרת לפני ואחרי הביקור שלא הוצגה בעת הביקור. כמו כן הערעור יבדק על ידי מעריכה בכירה ולא על ידי ביקור בית חוזר.
6. הריני מצהיר בזאת כי במידה ותרצו לבצע ביקור פתע נוסף אהיה חייב לאפשר לכם לבצע בדיקות נוספות. במידה ואפר התחייבותי זו יתבטל אישור האגודה.

במידה וחלה החמרה במצבו של הנבדק ניתן להזמין ביצוע הערכת תלות נוספת.

שם המצהיר _____ ת.ז. _____

תאריך _____ חתימה _____

עודכן: 15.5.05