

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

טל' 6727174 – 02 שלוחה 107
פקס 6727169 - 02

טופס ערעור על תוצאות ביצוע הערכת תלות
עבור פונה לקבלת היתר להעסקת עובד זר
ניתן לערער עד חודש מיום קבלת התוצאות
לא ניתן לערער דרכנו כאשר ביצוע הערכה נעשה דרך המוסד לביטוח לאומי

פרטי הנבדק:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז. _____ תאריך לידה _____

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

מס' טלפון בבית הנבדק _____ מס' טלפון נייד _____ שם לתיאום: _____

מס' טלפון לתיאום: _____ פקס למשלוח טפסים: _____

קרבת המתאם לנבדק: _____

תוצאות הערכה בנקודות: _____ תאריך ביצוע הערכה: _____ סודר הערכה: _____

הערעור מתייחס לפריטים הבאים: (נא לסמן V)

תנועה: _____ נפילות: _____ הלבשה: _____ רחצה: _____ אכילה: _____ הפרשות: _____ השגחה: _____ בודד: _____

הסבר לערעור: _____

נספחים המצורפים לערעור: (1) _____ מתאריך _____ (2) _____ מתאריך _____
(3) _____ מתאריך _____ (4) _____ מתאריך _____

דמי טיפול בערעור בסך 165 ₪ לתשלום לחשבון בנק הדואר 3-35228-6 ע"ש האגודה לבריאות הציבור בטפסים
סטנדרטיים של בנק הדואר.

תאריך חתימה * _____

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

שם האפוטרופוס _____ תאריך מינוי _____ חתימה _____

לשימוש המשרד

לשכת בריאות _____ מס' אסמכתא התשלום בבנק הדואר _____ הסכום ששולם _____ ₪

שם בודק/ת הערעור _____ תאריך: _____ חתימת בודק הערעור: _____

תוצאות לאחר הערעור בנקודות: _____

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

הפרשות: _____ השגחה: _____ בודד: _____ כן/לא _____ סה"כ נקודות _____

בוצעה הערכה נוספת בתאריך: _____ שם האחיות: _____ הוצאות נסיעה _____ ₪ (האחות שילמה-כן/לא).

מסקנת הבדיקה: _____
