

שאלון הצהרה של החולה ובן/בת הזוג
לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי-הכרוני

1. פרטי החולה ובן / בת זוג/ה:

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז. (9 ספרות)	שנת לידה	מצב משפחתי
בן/בת הזוג: שם _____ ת.ז. _____ (9 ספרות) שנת לידה _____				

2. מען החולה ובן / בת זוג/ה:

שם הישוב: _____ רחוב _____ מס' בית _____ מיקוד _____
 מס' טלפון: _____

3. סוג המגורים (סמן X במשבצת המתאימה)

דירה בבעלות <input type="checkbox"/>	מוסד (שם המוסד) _____ <input type="checkbox"/>
דירה בשכר דירה <input type="checkbox"/>	דירה שכורה מוגנת <input type="checkbox"/>
דירת קרובים <input type="checkbox"/>	מושב שיתופי / קיבוץ <input type="checkbox"/>

4. פרטי מקום העבודה של בן / בת זוג החולה:

שם מקום העבודה _____ כתובת _____
 מס' טלפון _____ תפקיד _____

פרטים על ההכנסות והרכוש של החולה ובן / בת זוגו (נא לסמן את כל הסעיפים)

ה ע ר ו ת	הכנסות בן/בת זוג		הכנסות החולה		מקור ההכנסה
	הכנסה לחודש ברוטו	סמן X במשבצת המתאימה	הכנסה לחודש ברוטו	סמן X במשבצת המתאימה	
		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	עבודה שכירה *
		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	עצמאי **
		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	קיצבת ביטוח לאומי *** (פרט את סוג הקצבה)
		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	פנסיה בישראל
		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	פנסיה / רנטה / שילומים מחוץ לארץ
		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	תגמולים ממשרד הבטחון
		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	תגמולים ממשרד האוצר לנפגעי נאצים
		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	דמי שכירות עבור בית/ דירה/ נכס
		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	ריבית מכל מקור שהוא
		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	ביטוח סיעודי ****
		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	הכנסה מכל מקור שהוא

פרטים על רכוש והון החולה ו /או בן/בת הזוג

פרטי רכוש והון	ערך כספי על פי הרשום בבנק
ניירות ערך, אגרות חוב	
תוכנית חסכון, פקדונות שקליים ומט"ח	
רכוש אחר, או הכנסה אחרת מכל מקור שהוא	

* יש לצרף תלושי משכורת / פנסיה של 3 החודשים האחרונים.

** יש לצרף שומת מס הכנסה אחרונה.

*** יש לצרף אישור המוסד לביטוח לאומי על סוג הקצבה וגובה הקצבה ב- 3 החודשים

האחרונים.

**** יש להחתים טופס ייפוי כח למתן מידע בנושא ביטוח סיעודי (רצ"ב).

ת צ ה י ר

אני החתום מטה _____ בעל/ת תעודת זהות מס' _____
בן/בת זוגו, בן/בת, מיופה כח, אפוטרופס/ית, אחר _____ של המועמד/ת
לאשפוז.

לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפוי / ה לעונשים הקבועים בחוק
אם לא אעשה כן, מאשר/ת בזה, כי כל הנאמר בשאלון הצהרה זה, ובהתאם לידיעתי
האישית הוא אמת וידוע לי כי סך ההשתתפות בעלות האשפוז יקבע על פי שאלון זה.

תאריך: _____ חתימה _____

א י ש ו ר

אני עו"ד _____ מאשר/ת כי ביום _____ הופיע/ה בפני
מר / גב' _____ שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' _____
ולאחר שהוזהרתי/וה כי עליו/ה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/תעשה כן יהא/תהא
צפויה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

עורך הדין _____

חותמת _____