



מרכז רפואי

אסמכתא לשימוש משרדי

לשימוש משרדי בלבד

הבקשה התקבלה ביום: _____

לכבוד

האגודה למלחמה בסרטן (ע"ר)

מחלקת שיקום ורווחה

גבעתיים 53103

תאריך: _____

שם העו"ס: _____

ת.ז. עו"ס:

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

טל. במחלקה: _____

בקשת סיוע לחולה

ת.ז. 9 ספרות:

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

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

שם האב: _____

כתובת: _____ רחוב _____ מסי _____ ישוב _____ מיקוד _____

טלפון: _____ שנת לידה: _____

ארץ מוצא: _____ שנת עליה: _____ מצב משפחתי: נ / א / ג / ר

בן/בת זוג: _____ ת.ז. 9 ספרות:

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

אבחנה רפואית: _____ אובחן לראשונה: _____

סוג טיפול: _____ קופ"ח: _____

מקצוע: _____ מקום עבודה: _____

טל. בעבודה: _____ הכנסות מעבודת החולה: _____

הכנסות מעבודת בן/בת הזוג: _____

פנסיה: _____

מקור אחר: _____

ילדים:

שם: _____

גיל: _____

מס' נפשות: _____

הכנסה: _____

המשפחה נמצאת בטיפול שירותי הרווחה הקהילתיים: כן / לא

מקבל סיוע: _____

שם העו"ס המטפל/ת: _____ כתובת: _____ טלפון: _____

מוכרת ליחידה להמשך טיפול של קופ"ח: כן / לא

פניה לביטוח לאומי: כן / לא

הוגשה בקשה: לחוק סיעוד

תאריך: _____

לחוק נכות

תאריך: _____

שר"מ

תאריך: _____

אחר: _____ תאריך: _____

סוג הסיוע המבוקש - סיוע חומרי ראשוני: _____

השתתפות בהוצאות נסיעה: _____

אחר: _____

הכתובת אליה יש לשלוח את ההמחאה (למילוי רק אם שונה מכתובת החולה):

שם ומספר זהות של המוטב להמחאה (למילוי רק אם שונה משם ומספר זהות של החולה):

שם: _____ ת.ז. 9 ספרות:

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

פירוט הבקשה: _____

ידוע לי כי העובדת הסוציאלית פנתה אל האגודה למלחמה בסרטן לסיוע.

שם מלא: _____ ת.ז.

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

חתימה: _____ תאריך: _____

הריני מצהירה בזאת כי המבקש חתם בנוכחותי על ויתור סודיות