



מרכז רפואי

אסמכתא לשימוש משרדי

תאריך: _____

לשימוש משרדי בלבד

שם העו"ס: _____

הבקשה התקבלה ביום: _____

ת.ז. עו"ס:

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

טל. במחלקה: _____

אל:

האגודה למלחמה בסרטן (ע"ר)

מחלקת שיקום ורווחה

בקשת סיוע לילד חולה סרטן

ת.ז.:

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

 (9 ספרות) אבחנה: _____

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

כתובת: _____ רחוב _____ מס' _____ ישוב _____ מיקוד _____

טלפון: _____ שנת לידה: _____ ארץ מוצא: _____

שנת עליה: _____

שם האב: _____ ת.ז.:

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

 (9 ספרות)

מקום העבודה: _____ טלפון: _____

הכנסה מעבודה: _____ הכנסה ממקור אחר: _____

שם האם: _____ ת.ז.:

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

 (9 ספרות)

מקום העבודה: _____ טלפון: _____

הכנסה מעבודה: _____ הכנסה ממקור אחר: _____

קופ"ח: _____

אחים/אחיות:

שם: _____

גיל: _____

עיסוק: _____

הכנסה: _____

המשפחה נמצאת בטיפול שירותי הרווחה הקהילתיים: כן / לא

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

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

פניה לביטוח לאומי: כן / לא

הוגשה בקשה לחוק נכות: כן / לא. אם כן, מתי: _____

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 אחד ההורים או אפוטרופוס של הילד 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