



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון	
סוג המסמך	דפים
1	

אישור על מגורים במוסד / בית אבות

סעיפים 2 ו 4 ימולאו על ידי נציג המוסד / בית אבות

אם הנר מקבל קוד ממוסד הרווחה, על הרשות המקומית למלא את הטבלה בסעיף 3

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

2

מגורים במוסד או בבית אבות – אם התובע גר במוסד (אישור זה ימלא המוסד או בית האבות)

התובע שווה במוסדנו – שם המוסד:	תאריך כניסה
כתובת המוסד	טלפון
המוסד פועל ברישיון: <input type="checkbox"/> משרד העבודה והרווחה <input type="checkbox"/> משרד הבריאות <input type="checkbox"/> ללא רישיון <input type="checkbox"/> התובע נמצא במחלקה: <input type="checkbox"/> סיעודית <input type="checkbox"/> לתשומים <input type="checkbox"/> לתשושי נפש <input type="checkbox"/> לעצמאיים <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> אחרת פרט, _____ המוסד הוא תאגיד <input type="checkbox"/> בבעלות ציבורית (ע"ר) <input type="checkbox"/> בבעלות פרטית.	
אישור המוסד/בית האבות	
תאריך: _____ שם מנהל המוסד: _____ חתימת מנהל המוסד * _____ חותמת המוסד: _____	

3

השתתפות משרד הרווחה במימון השהות בבתי אבות

מיועד למי שמתגורר במחלקת תשושים או עצמאיים בבית אבות

אני לא מקבל קוד מימון ממוסד הרווחה. שם התובע _____ חתימה _____
 אני מקבל קוד מימון ממוסד הרווחה – על הרשות המקומית להצהיר בטבלה הבאה על השתתפות במימון ולהוסיף חתימה וחותמת.

שם הרשות המקומית	סכום ההשתתפות העצמית בחודש של הדייר ובני משפחתו	סכום הגביה מקצבאות ביטוח לאומי	חתימה וחותמת הרשות המקומית

4

מוסד בקיבוץ – ימולא ע"י נציג המוסד בקיבוץ – מיועד למי שמתגורר במוסד בקיבוץ

התובע נמצא ב: מחלקה ברישיון משרד הבריאות מחלקה ברישיון משרד הרווחה.
 בית משפחתי לחברי הקיבוץ ובני משפחותיהם
 מעמד התובע: חבר הקיבוץ דייר אחר, פרט אם בן משפחה של חבר הקיבוץ נא ציין פרטיו:
 מ/ר/גב' _____ יחס הקרבה _____
 מתאריך: _____ חתימת המוסד בקיבוץ _____