

מוצרי ספיגה

עמוד

נושא

- | | |
|----|----------------------|
| 1 | דרישות בטיסיות ■ |
| 2 | - סל מוצרי ספיגה |
| 4 | - איכות מוצרי הספיגה |
| 7 | - הספקת מוצרי הספיגה |
| 9 | - תעודת משלוח |
| | - הבטחת הספקה סדירה |
| 10 | הזמנת מוצרי ספיגה ■ |
| 13 | בקרה ■ |
| 14 | דיווח ■ |
| 15 | תעריפים ■ |



דרישות בטיסיות

שים לב בנוסף, להוראות בפרק ההסבר הכללי !!

סל מוצרי ספיגה



סל השירותים לזכאי, כולל הספקת מוצרי ספיגה חד-פעמיים למבוגרים.

אלה הם הפריטים הכלולים ב"סל מוצרי הספיגה":

| המוצר |
|-------------------------------|
| מכנסון גדול קטן (S) |
| מכנסון גדול בינוני-גדול (M-L) |
| מכנסון גדול גדול-מאוד (L-XL) |
| מכנסון גדול מאד מאד (XXL) |
| סדינית |
| סופגן גדול 1 (קטן) |
| סופגן גדול 2 (בינוני) |
| סופגן גדול 3 (גדול) |
| תחתון מגן (S-M) |
| תחתון מגן (L-XL) |
| רשתון |

ספק מוצרי הספיגה רשאי לספק :

מוצרים שמצויינים בהסכם שנחתם בינו לבין המוסד לביטוח לאומי. מוצרים אלה אושרו על ידי מכון התקנים ונקבעו על ידי ועדת המכרזים כמוצרים שיספק ספק זה. המאפיינים של מוצרים אלה כוללים בין השאר את המידות, המשקל, כושר הספיגה, החומרים המרכיבים את המוצר, שם היצרן, ארץ היצור, השם המסחרי של המוצר, המספר הקטלוגי של המוצר, וקוד הפריט אצל היצרן. ✓

דרישות בטיסיות

המשך..

✓ ומתוך מוצרים אלו - מוצרים לזקן בהתאם להזמנת הועדה המקומית: סוג, מידה ומספר יחידות.

כספק מוצרי ספיגה, הינך מצוות לאשכול/ות של ועדות (אשכול כולל ועדות השייכות לסניף מסוים של המוסד לביטוח לאומי).

עליך לספק את מוצרי הספיגה בכל אחת מהועדות הכלולות באשכול, באם תפנה אליך הועדה הזמנה.

אין לסרב לספק מוצרים בועדה שבתוך האשכול.

כמו כן עליך לספק את כל המוצרים הנכללים בסל מוצרי הספיגה.

איכות מוצרי ספיגה

מוצרי הספיגה המסופקים על ידך חייבים לעמוד בדרישות הבאות:

| | |
|--|---|
| בעלי איכות טובה ותקינה הראויה לשווק מסחרי | ✓ |
| ללא פגמים - אין לספק מוצרים המוגדרים כ"סוג ב'", "פגומים", "לא למכירה" או כל הגדרה מקבילה | ✓ |
| ארוזים באריזה נאותה ונקיה | ✓ |

דרישות בטיחות
המשך..

על האריזה בה יסופקו מוצרי הספינה יהיה רשום בעברית, באופן ברור וגלוי לעין –

| | |
|--|---|
| שם המוצר | ✓ |
| מידתו | ✓ |
| מאפיינים מיוחדים של המוצר (גזרתי / מלבני) | ✓ |
| מספר היחידות הכלול באריזה | ✓ |
| שם היצרן | ✓ |
| קוד הפריט של היצרן והמספר הקטלוגי | ✓ |
| שם הספק | ✓ |
| כתובת הספק | ✓ |
| מספר הטלפון שבאמצעותו ניתן ליצור קשר עם הספק | ✓ |

אם תכנית הטיפול דורשת זאת - יש לספק גם חלקי אריזה !

על כל מוצר ומוצר שבתוך האריזה, יוטבע סימון היצרן באופן שיאפשר לזהות את שם היצרן, דגם המוצר, גודל המוצר (קטן (S), בינוני (M), גדול (L), גדול מאד (XL) גדול מאוד מאד (XXL)).

!!
אין לספק מוצרים ללא הזמנה בכתב !!
אין לספק מוצרים שונים מאלה שאושרו
לך או מאלה שנדרשו עבור הזקן בהזמנה,
גם אם הדבר נעשה לבקשת הזקן!

דרישות בסיסיות

המשך..

הספקת מוצרי הספיגה



על ספק מוצרי הספיגה לעמוד בדרישות הבאות:

| | |
|--|---|
| לעבור בהצלחה בדיקת תקינה של מוצרי ספיגה במכון התקנים | ✓ |
| לספק את המוצרים בפעם הראשונה מיד עם קבלת ההזמנה מהועדה המקומית, ולא יאוחר מ- 7 ימים מעת קבלתה. <i>הערה: אם לא סיפקת תוך 7 הימים הנדרשים, עליך להודיע על כך לוועדה המקומית, ולפרט את הנימוקים לאיחור</i> | ✓ |
| לספק אחת לחודש את המוצרים הרשומים בהזמנת הועדה לביתו של הזכאי או לכתובת שפורטה בהזמנת הועדה (או לדירוג מוגן/הוסטל שבו הוא מתגורר). <i>הערה: אם מוצרי הספיגה מסופקים לדירוג מוגן/הוסטל, עליך לברר בכל פעם כי אכן הזכאי ממשיך למתגורר במקום זה</i> | ✓ |
| לתאם מראש את תאריך ושעת ההספקה, עם הזכאי או עם בן משפחתו. <i>הערה: הזמנה המתייחסת לחודש קלנדרי מסוים, תסופק בדרך כלל לאחד תחילת אותו חודש. במקרים לא רבים ניתן לספק מוצרים עבור חודש קלנדרי, החל מה- 27 לחודש הקודם. במצבים אלה אם תישלל זכאות הזקן או תשתנה תכנית הטיפול שלו הקשורה במוצרי ספיגה, לפני ה- 1 לחודש עבורו סופקו המוצרים – לא ישלם המוסד תמורתם ועלותם תהיה על חשבון הספק</i> | ✓ |
| לתאם מראש כתובת אלטרנטיבית אליה יסופקו המוצרים, במקרה שהזכאי לא יהיה בביתו בתאריך שתואם עמו | ✓ |
| לספק בדייקנות את המוצרים, מבחינת סוג המוצר, מאפייניו, ומידותיו | ✓ |
| לספק בדייקנות את מספר היחידות שצויינו בהזמנה גם אם פירוש הדבר הספקה של יותר מאריזה אחת או הספקה של חלקי אריזה. במקרה של הספקת מוצרים שהם חלק מאריזה, יש לארוז את המוצרים באופן שישמרו איכות המוצר וטיבו. להחתים את הזקן/המשפחה על קבלת המוצרים | ✓ |
| לספק את המוצרים באמצעות אדם קבוע המכיר את כתובתו המדויקת של הזקן, ואשר ישמור על פרטיותו של הזקן | ✓ |

יעוץ מקצועי בהספקת מוצרי הספיגה

עליך להעסיק יועץ מקצועי, שאליו יוכלו לפנות הועדה המקומית וכן הזקן/המשפחה, בבקשה להתאמת סוגי המוצרים וגודלם, וכן לצורך טיפול בתלונות.

היועץ יהיה זמין בשעות העבודה המקובלות, בכל ימות השבוע. בנסיבות מיוחדות, הועדה המקומית תהיה רשאית להזמין את היועץ לביתו של הזקן לצורך מתן יעוץ, ובמקרה זה על היועץ להגיע לבית הזקן לא יאוחר מ- 48 שעות מהרגע שבו קיבל את ההזמנה.

עליך להודיע לועדה המקומית (ולמוסד לביטוח לאומי) מי היועץ הפועל בתחומה של הועדה בכל זמן נתון, ואת ההסדרים ליצירת קשר עימו.

בנוסף, עליך למסור לכל זכאי שבטיפולך מספר טלפון, שבו ינתן לו מענה הולם בכל שעות העבודה הרגילות בכל ימי העבודה בשבוע.

זכור ! 

כספק מוצרי ספיגה, חלה עליך ועל כל אחד מהעובדים בשירותך, החובה לשמירת הסודיות והפרטיות של הזכאים המקבלים ממך מוצרי ספיגה !

דרישות בסיסיות

המשך..

אופן ההספקה, במקרים בהם הזכאי אינו בביתו

במקרים בהם הזכאי אינו בביתו:

✓ מותר למסור את המוצרים לבית השכן, הגר בסמיכות לזכאי, או לכל כתובת אחרת. זאת בְּ במקרים שניתנה הסכמה של הזקן/משפחה מראש לכתובת חלופית למקרה שהזכאי אינו בביתו.

! אין להשאיר את המוצרים מחוץ לבית הזכאי, ברשות הרבים או במוסד קהילתי כמו מתנ"ס, מועדון, לשכה לשירותים חברתיים וכד'!

! אין לספק את המוצרים, אם נודע לספק כי הזכאי נעדר/נפטר/החליף כתובת. במקרים אלה, יש להודיע על כך לועדה המקומית (אלא אם ידוע כי ההיעדרות הנה לתקופה קצרה של פחות מחודש).

תעודת משלוח

✓ במועד ביצוע ההזמנה, במעמד מסירת המוצרים לזכאי או לבן המשפחה, עליך להחתים את הזכאי או אדם מטעמו על תעודת המשלוח. חתימה זו מעידה כי הזכאי קיבל את המוצר הנכון, בגודל הנכון ובמספר היחידות המבוקש.
חתימת המקבל מהווה גם אישור כי הזכאי מתגורר בביתו.

עם !!

אם המשלוח מבוצע לדיר מוגן או הוסטל, יחתום על תעודת המשלוח מנהל המקום, או מי שהוסמך על ידי מנהל המקום. חתימה זו מאשרת כי הזקן ממשיך להתגורר באותו דיר מוגן או הוסטל וכי המוצרים סופקו לזקן זה, כנדרש.

אם מוצרי הספיגה סופקו לכתובת שונה (לדוגמה, נמסרו לשכן עליו הוסכם מראש ככתובת חלופית למסירת מוצרי ספיגה) ← הספק יציין את:

- זהותו של האדם שקיבל מהספק את מוצרי הספיגה וקירבתו לזכאי
- הכתובת אליה סופקו המוצרים
- הסיבה להספקה בכתובת השונה

גם בכתובת השונה יש להחתים את מקבל המוצרים !!

✓ בכל המקרים - המוביל יחתום בשולי התעודה !

להלן דוגמת טופס תעודת משלוח:

דרישות בטיסיות

המשך..

שם הספק: _____

תעודת משלוח – מוצרי ספיגה

שם הזכאי _____ ת.ז. _____

כתובת _____

סוג מוצרי הספיגה _____ המספר הקטלוגי של המוצר _____ כמות _____

סוג מוצרי הספיגה _____ המספר הקטלוגי של המוצר _____ כמות _____

שם היצרן _____

תאריך ההספקה _____ שעת ההספקה _____

מסרתי את מוצרי הספיגה ל _____ קירבה לזכאי _____
(שם המקבל)

מסירה לזכאי; חתימת הזכאי _____

מסירה לאחר; הנני מאשר/ת כי קיבלתי את מוצרי הספיגה הנ"ל עבור הזכאי וכי ידוע לי שהזכאי נמצא בכתובת זו ומוצרי הספיגה ישמשו לטיפול בו.

שם _____ פירוט הקשר לזכאי _____ חתימה _____

שם המוביל _____ חתימה _____ תאריך _____

דרישות בטיסיות

המשך..

הבטחת הספקה סדירה

- ✓ עליך לדאוג כי בכל רגע נתון יהיה ברשותך מלאי מוצרים המספיק לשלושה חודשי הספקה, על פי צבר ההזמנות המסופקות על ידך באותה עת.
- ✓ עליך לדאוג כי בכל עת יעמדו לרשותך כלי רכב מתאימים ותקינים ובמספר מספיק, לביצוע הזמנות בהיקף שניתן על ידך בחודש הקודם, לפחות.
- ✓ עליך לבצע את כל ההזמנות במועד, גם אם מסיבה כלשהי יהיו הוצאותיך לביצוע ההזמנה במועד מסוים - גבוהות מההוצאות הרגילות.



הזמנת מוצרי ספיגה

הזמנת מוצרי ספיגה




אם הועדה תחליט להזמין ממך מוצרי ספיגה, ישלח אליך טופס הזמנה כמו בדוגמא שבעמוד הבא.

בנוסף לטופס ההזמנה שישלח אליך על ידי הועדה המקומית, תקבל גם הודעה ממוחשבת מהמוסד לביטוח לאומי, כגיבוי להזמנה של הועדה. דוגמא להודעה זו, ראה בעמודים הבאים.

□ עליך לבדוק ולוודא התאמה בין הפרטים המופיעים בטופס ההזמנה שקיבלת לבין הפרטים המופיעים בהודעת הגיבוי מהמערכת הממוכנת.

במידה ומצאת חוסר התאמה \Leftarrow הודע על כך לוועדה. חוסר הקפדה על כך עלול לפגוע בביצוע התשלום.

הזמנת מוצרי ספיגה המשך...



המוסד לביטוח לאומי
ביטוח סיעוד

הועדה המקומית מקצועית לענייני סיעוד
הזמנת שירותי סיעוד
מוצרי ספיגה / שירותי כביסה / משדר מצוקה

אל: _____

נא לספק שירותים למר / גבי

| | | | | |
|--------------|----------------|-----------|----------------|-------|
| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות | מספר ז"א | |
| כתובת | | | | |
| רחוב | מספר בית | ניסוח | דירה | יישוב |
| מספר טלפון | מספר טלפון ניד | שפת דיבור | סני משפחה בבית | מיקור |

שם איש הקשר עם המטופל _____ קידוה _____

כתובת _____ סלפון _____

קיימת הגבלה בזמן - יש להפסיק מתן השירותים בתאריך _____

1. מוצרי ספיגה

| א. הזמנה חודשית | קוד | מס' קטלוגי | יחידות | ב. הנחיות |
|-----------------|-----|------------|--------|--|
| 1. | | | | <ul style="list-style-type: none"> יש למסור את המוצרים לידי הזקן / בן משפחה או לאחור (כגון: שכן) בהסכמתו של הזקן. אין לספק את המוצרים אם הזקן נעדר / נפטר / החליף כתובת. יש להחזים בתעודת המשלוח את הזכאי או אדם מטעמו. |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |

2. שירותי כביסה

מספר פעמים בשבוע _____ יחידות בחודש _____

השירות כולל תובלת הכביסה מבית הזקן ובחזרה, כביסה, ייבוש וקיפול.
כל יחידת כביסה כוללת תובלת מכונת כביסה - לא פחות מ- 5 ק"ג.

3. משדר מצוקה

יש להודיע מיד ובכתב למרכז הועדה על:

- אי התקנת המכשיר תוך 10 ימים.
- החלפת מקום מגורים או מטירה.
- אשמוז של הזקן בעקבות קריאת מצוקה.

| | |
|--------------------------|-------------------------------|
| תחילת מתן השירותים _____ | הזמנה זו מבטלת כל הזמנה קודמת |
|--------------------------|-------------------------------|

הנחיות והערות לנותן השירותים: _____

שם עובד מקצועי אחראי _____ טלפון _____

חתימת מרכז הועדה המקומית: _____

שם ומשפחה _____ חתימה _____ תאריך _____

מ/2006/1002641 לבן - לנותן השירות, צדוב - למרכז הועדה, ירוק - לעובד המקצועי, ורוד - לביטוח לאומי, וכלת - אחות / ענייש

הזמנת מוצרי ספיגה המשך...

* ענף ביטוח סיעוד
שמעון בן-ששן 4 ירושלים 94147

טלפון: 02 6755555

21/12/2006
ל' כסלו ה'תשס"ז
מנה 0102 ירושלים

הודעה על שירותי סיעוד
רשמנו לפנינו שהועדה המקומית ב - ירושלים-מערב הזמינה מאירגונוס
שירותי סיעוד תחודש: 01/2007 ת.ז.
למ/גב

כתובת: ירושלים טל:
כלהלו:

חיתול גדול-גדול מאוד (סוג: 304 מק"ט: ASUL03) בהיקף 30.00 יחידות בחודש
שם איש הקשר עם המסופל:
כתובת: טלפון:

נותן השירות רשאי לספק שירותים על-פי הזמנת מרכז הועדה המקומית
בלבד. הודעה זו אינה באה במקום ההזמנה.
בכל מקרה של אי התאמה בין הזמנת הועדה ובין הודעה זו, אנא פנו
בדחיפות למרכז הועדה לבירור כדי למנוע בעיות בתשלום החשבונות.

בברכה,
פקיד תביעות

בקה

המוסד לביטוח לאומי יבדוק מדי פעם את הספקת המוצרים על ידך.

הבקה תכלול:

| | |
|---|---|
| ⊙ | בדיקת איכות ועמידה בדרישות התקן |
| ⊙ | התאמה לשם היצרן, לארץ היצור, לשם המסחרי, לסוג, לקוד הפריט אצל היצרן - כפי שאושר על פי ההסכם |
| ⊙ | התאמה לשם היצרן, לקוד הפריט אצל היצרן, לסוג, לכמות ולגודל כפי שנתבקשת לספק על ידי הועדה, לזקן מסוים |
| ⊙ | בקה על הפעולות הכרוכות בהספקת המוצרים |



המוסד לביטוח לאומי ו/או כל אדם אחר מטעמו, רשאי לבדוק בדיקות מדגמיות של המוצרים המסופקים על ידך במחסניך, בביתו של הזקן או בכל מקום אחר בו מצויים מוצריך.

עליך לשתף פעולה עם הבודק, ולהקל עליו בביצוע עבודתו.

דיווח



הדיווח על מתן שירותים והגשת בקשות לתשלום ייעשה במקביל: למוסד לביטוח לאומי (על גבי מזיה מגנטית), ולועדה המקומית. בעת הדיווח עליך להציג לועדה:

* "דו"ח חשבונית" - גיליון מחשב הכולל את הפרטים הבאים: פרטי הזקן, סוג המוצר שסופק כולל המספר הקטלוגי, ומספר היחידות שסופקו על ידך בפועל על פי הזמנת מרכז הועדה ובמסגרת חוק ביטוח סיעוד בלבד.

* העתק מתעודת המשלוח, חתומה על ידי הזכאי או אדם מטעמו או על ידי נציג הדיור המוגן/הוסטל שבו מתגורר הזכאי. דוגמת התעודה – ראה לעיל.

* חשבונית מס.

תעריפים



התעריפים למוצרי הספיגה שונים מספק לספק. זאת מכיוון שמדובר במוצרים של יצרנים שונים ובמחירים של ספקים שונים.

עדכון מחירי מוצרי הספיגה, נעשה שלוש פעמים בשנה (בחודשים ינואר, מאי, וספטמבר של כל שנה).

ההעלאה נעשית בהתאם לעליה במדד המחירים לצרכן, ובלבד שמאז העדכון האחרון עלה המדד ביותר מ- 2%.

פירוט אופן הגשת הבקשות לתשלום, ראה להלן בפרק דיווח ותשלום.