



לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות	סוג
07	דפים המסמך

### סירוב לקבל שירותים

על העובד סוציאלי למלא טופס זה בעת קבלת החלטה על סירוב של הזכאי לקבל שירותים

פרטי הזכאי		1
שם משפחה	שם פרטי	
מספר זהות	מספר זהות	
תאריך קבלת ההחלטה _____		

הצעה למתן שירות		2
<p>ההצעה לשירותים נדונה עם :</p> <p><input type="checkbox"/> הזכאי <input type="checkbox"/> בן משפחה שם: _____ קרבתו לזכאי _____</p> <p><input type="checkbox"/> אחר: שם: _____ קשר לזכאי _____</p> <p><input type="checkbox"/> באמצעות: שיחת טלפון <input type="checkbox"/> עם הזכאי <input type="checkbox"/> עם בן משפחה. ציין שם וקרבה לזכאי _____</p> <p><input type="checkbox"/> ביקור בית</p> <p><input type="checkbox"/> פגישה עם הזכאי או בני המשפחה (ציין שם וקרבה לזכאי) בתאריך _____</p> <p>יש לשמור תיעוד של ההצעות בתיק.</p> <p>נערך ברור עם גורמים נוספים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, עם אילו גורמים _____</p> <p>נא תעד את הברור בתיק ובמערכת סיעוד</p> <p>שם העובד הסוציאלי _____</p>		

התוכנית שהוצעה (סמן בטבלה):			3
מעוניין	לא מעוניין	התכנית	
		טיפול אישי בבית	
		מרכז יום	
		מוצרי ספיגה	
		משדר מצוקה	
		שירותי כביסה	
		4 יחידות בכסף	
		1/3 בכסף	

תגובות הזכאי	4
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

האם נשקלה החלטה על גמלת בכסף באין שירותים זמנים?  כן  לא, נא הסבר

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

הוחלט על סירוב

נא נמק את ההחלטה על סירוב \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

תוקף ההחלטה בדבר סירוב מיום \_\_\_\_\_

חתימת העובד הסוציאלי \* \_\_\_\_\_ מיום \_\_\_\_\_