



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
שיקום
مؤسسة التأمين الوطني
إدارة المخصصات
التأهيل

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג		דפים		המסמך					

דף מידע על מטפל וקביעת מעמד
صفحة معلومات عن المعالج وتقييم وضعه

1

חלק א' – ימולא ע"י המטפל
قسم أ – يعبئه المعالج

שם משפחה اسم العائلة		שם פרטי الاسم الشخصي		מין الجنس זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>		מספר זהות رقم الهوية ס"ב	
כתובת العنوان							
רחוב / תא דואר شارع / صندوق بريد		מס' בית رقم المنزل		כניסה المدخل		דירה الشقة	
מיקוד رقم المنطقة		יישוב البلدة		דואר אלקטרוני بريد إلكتروني		טלפון קווי رقم الهاتف	
				טלפון נייד الهاتف الخلو			

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. ארפז אסלמ الرسائل التي تتضمن معلومات شخصية في القنوات الرقمية (رسائل نصية (SMS), بريد إلكتروني), بدلاً من البريد العادي. لعلمك، إذا لم تشر "أنا أرفض"، فسيتم إرسال إشعارات بشأن مسائل التأمين الوطني عبر القنوات الرقمية، وفقاً للمعلومات التي قدمتها.

פסיכולוגים – דרגת התמחות: מומחה מומחה בכיר (מדריך) – ציין את דרגתך וצרף צילום הרשום/ אישור דרגת המומחיות של משרד הבריאות
 أخصائي النفس – مستوى التخصص: أخصائي أخصائي أول (مرشد) - سجل ما هو مستوى تخصصك وارفق نسخة عن المستند الذي يثبت ذلك من وزارة الصحة

עובדים סוציאליים – התואר האקדמי _____ משנת _____ נסיון מקצועי משנת _____
 (נא לצרף צילום תעודת תואר ותעודה מהמכון לפסיכותרפיה).
 العمال الإجتماعيون – الشهادة الأكاديمية _____ منذ سنة _____ خبرة مهنية منذ سنة _____
 (الرجاء ارفاق نسخة عن الشهادة الأكاديمية وشهادة من معهد العلاج الطبيعي).

פסיכיאטרים – נא לצרף תעודה מהמכון/ביה"ס לפסיכותרפיה

الأطباء النفسيين – الرجاء ارفاق شهادة من المعهد/المدرسة للعلاج الطبيعي

מטפלים באומנות – הסמכה ממשאד הבריאות או מטפל עם תואר ראשון או שני במדעי ההתנהגות, חברה או חינוך ותעודה של מטפל בהבעה ויצירה בתכנית של 3 שנים במוסד מוכר או תואר ראשון או שני ב _____ ותעודה בתכנית תלת שנתית בטיפול נפשי (לדוגמה: פסיכותרפיה, טיפול משפחתי) ותעודה של מטפל בהבעה ויצירה בתכנית של 3 שנים במוסד מוכר.
 معالجون بالفنون – شهادة من وزارة الصحة أو معالج حاصل على لقب أول أو ثاني في العلوم السلوكية أو المجتمع أو التربية والتعليم وشهادة معالج تعبيرى وإبداعي في برنامج مدته 3 سنوات في مؤسسة معترف بها أو لقب أول أو ثاني في _____ وشهادة في برنامج مدته ثلاث سنوات في العلاج النفسي (على سبيل المثال: العلاج النفسي والعلاج الأسري) وشهادة معالج بالتعبير والإبداع في برنامج مدته 3 سنوات في مؤسسة معترف بها.

פירוט ההתמחות تفاصيل الاختصاص

שפות מדוברות: _____
 اللغات المتحدثة: _____

הקליניקה נגישה לנכים: כן לא
 عيادة متاحة للمعاقين: نعم لا

תאריך _____ חתימה: _____
 التاريخ _____ توقيع: _____

לשימוש המשרד – ימולא ע"י מנהל/ת תחום שיקום

لاستخدام المؤسسة – تعبئه مدير/ة قسم التأهيل

למטפל מר/גב' _____ נקבעה רמת שירות מומחה מומחה בכיר (מדריך)
 הרמה נקבעה על סמך התעודות שהוצגו לפנינו.

תאריך _____ שם המאשר _____ חתימה * _____

טופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד
 كتبت هذه الإستمارة بصيغة المذكر لكنّها موجهة للنساء والرجال على حدّ سواء