



## המוסד לביטוח לאומי

מ(2061)2008

### גיוס מעריכים לביצוע מבחני הערכות תלות לאנשים עם מוגבלות בסניפי הביטוח הלאומי

המוסד לביטוח לאומי מעוניין להתקשר למתן שירותי הערכה עם אחים מוסמכים /אחיות מוסמכות, מרפאים/ות בעיסוק ופיזיותרפיסטים/ות לביצוע מבחני הערכות תלות לאנשים עם מוגבלויות בגיל הזקנה.

ההערכות הן לצורך קביעת מידת התלות בעזרת הזולת בפעולות היומיום והצורך בהשגחה ומשמשות את המוסד לביטוח לאומי בקביעת הזכאות לקצבאות.  
ההערכות מתבצעות במקום המגורים הפרטי של הנבדקים או בכל מקום אחר שיקבע המוסד לביטוח לאומי, כמו כן הדיווח מוגש מודפס ו/או במדיה אינטרנטית.

**במכרז יבחרו מעריכים לסניפי הביטוח הלאומי לפי דרישה ועד מספר מקסימאלי שנקבע:**

| סניף    | מספר מעריכים מקסימאלי | סניף     | מספר מעריכים מקסימאלי |
|---------|-----------------------|----------|-----------------------|
| אשדוד   | 39                    | כרמיאל   | 15                    |
| אשקלון  | 35                    | נהריה    | 31                    |
| באר שבע | 75                    | נצרת     | 43                    |
| בני ברק | 13                    | נתניה    | 57                    |
| חדרה    | 48                    | עפולה    | 29                    |
| חולון   | 34                    | פתח תקוה | 43                    |
| חיפה    | 63                    | קריות    | 53                    |
| טבריה   | 31                    | ראשל"צ   | 27                    |
| יפו     | 56                    | רחובות   | 57                    |
| ירושלים | 73                    | רמלה     | 36                    |
| כפר סבא | 38                    | רמת גן   | 39                    |
|         |                       | תל-אביב  | 41                    |

**יוכלו להגיש הצעות מי שעונים על כל התנאים הבאים:**

1. אח/ות מוסמך/כת או מרפא/ה בעיסוק או פיזיותרפיסט/ית.
2. בעל/ת תעודה מוכרת על ידי משרד הבריאות באחד מהמקצועות הנ"ל.
3. בעל ותק מקצועי (לא כולל תקופת הלימודי ההסמכה) של שלוש שנים לפחות בעבודה עם אנשים בגיל זקנה באחד התחומים הבאים:
  - עבודה בבית חולים גריאטרי ובבתי אבות.
  - עבודה במחלקה: גריאטרית, פנימית, פסיכוגריאטרית, שיקום וסיעוד גריאטרי.
  - עבודה בקהילה בטיפול בזקנים והערכת מצבים.



- הערכת זקנים לזכאות לגמלת סיעוד.
  - עבודה במחלקות בתי חולים כלליים עם מאפיינים של טיפול מתמשך, למעט: אגף אמהות, אגף ילדים וילודים ח. ניתוח ח. התאוששות, מרפאות חוץ, מכון צינתורים, מכון קוצבים, מכון גסטרו ומכון רנטגן.
4. יכולת ביטוי בשפה העברית ברמה טובה בעל פה ובכתב.
5. מי שהוא או בן משפחתו אינו בעל עניין או בעל תפקיד, בשכר או שלא בשכר, בחברות ובעמותות הנותנות שירותי סיעוד במסגרת חוק הביטוח הלאומי - ביטוח סיעוד. בן משפחה לעניין זה הוא הורה, בן זוג, אח, אחות, בן, בת, גיס, גיסה, הוריהם, ילדיהם ובני זוגם של כל אחד מאלה.
6. על המציע להצהיר על אי-רישום פלילי, וכי הוא מסכים מראש למסירת מידע מן המרשם הפלילי במשטרת ישראל על פי חוקה המרשם ותקנת השבים, התשמ"א-1981. (מצ"ב דף שאלון אישי). המוסד רשאי, מטעמים שירשמו, להתקשר עם מציע על אף קיומו של רישום פלילי כאמור.
7. זמינות לפחות יום אחד בשבוע בשעות הבוקר.
8. מציע אשר שימש כבר בעבר כיועץ או כמעריך באחד מסניפי המוסד, יצהיר כי לא היתה לו כל מחלוקת או התדיינות משפטית עם המוסד. המוסד רשאי שלא לקבל מועמדותו של מציע ששימש בעברו כיועץ או כמעריך, אם לא הייתה שביעות רצון מתפקודו.

## הערות:

1. המועמדים יידרשו לעמוד לבחירה בפני ועדת קבלה בסניף, שתמליץ בפני ועדת המכרזים על המועמדים המתאימים.
  2. מעריך שייבחר יידרש לחתום על הסכם התקשרות עם המוסד לביטוח לאומי.
  3. תנאי להתקשרות הוא כי המעריך ימציא למוסד אישור תקף על ניהול ספרים ופנקסי חשבונות ורישום במע"מ, מס הכנסה וביטוח לאומי.
  4. להתחייב על מתן שירותים לכל הפחות למשך שנה (סיום ההתקשרות על ידי המעריך במהלך שנת ההתקשרות הראשונה, יחייב את המעריך בפיצוי מוסכם לטובת המוסד). המעריך יצטרך להגיש מחדש את הצעתו במכרז הבא.
  5. מי שייבחר וייחתם עמו הסכם, יעבור תקופת הקלטות והכשרה בסניף ובהמשך – יידרש להשתתף בהכשרה יעודית בקורס מעריכים בהיקף של 42 שעות ולעמוד במטלות הקורס. המשתתף יידרש לשאת בהוצאות ההכשרה (שכר לימוד וזמן לימודים).
- למען הסר ספק, יובהר כי לא יתקיימו יחסי עובד מעביד בין המוסד לביטוח לאומי לבין המעריך.**



### אופן הגשת מועמדות

הצעות יש להגיש על גבי טופס הצעה.

את טופס ההצעה ונוסח ההתקשרות (הסכם) ניתן להוריד מאתר האינטרנט של הביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il) במדור "מכרזים", או לקבל בסניפים (ראה רשימת הכתובות והפקסים), ביחידת הסיעוד או באמצעות פניה לפקס הכוללת את כתובת המבקש למשלוח הטפסים.

את ההצעה כולל הסכם חתום בראשי תיבות יש למסור ליחידות הסיעוד **בסניף**, ביד או באמצעות שליח או בדואר, במעטפה חתומה בגודל A4, עליה ציין "מכרז מעריכים מס' מ(2061)2008 " עד ליום חמישי 13.12.2012 שעה 12:00.

בהסכם מפורטים התעריפים ואופן ההתקשרות.

### כתובות סניפי המוסד לביטוח לאומי

| סניף        | כתובת                       | פקס        |
|-------------|-----------------------------|------------|
| אשדוד       |                             |            |
| אשקלון      | רח' הנשיא 101               | 08-6741173 |
| באר שבע     | רח' וולפסון 6               | 08-6295385 |
| בני ברק     | רח' אהרונביץ' 12            | 03-6751980 |
| חדרה        | רח' הלל יפה 7               | 04-6328084 |
| חולון       | רח' לבון 26                 | 03-5022571 |
| חיפה        | שד' פל-ים 8                 | 04-8134959 |
| טבריה       | רח' אלחדף 1                 | 04-6721848 |
| יפו         | רח' התקומה 30               | 03-5127155 |
| ירושלים     | רח' שמעון בן שטח 4          | 02-6755592 |
| כפר סבא     | רח' ויצמן 39                | 09-7478216 |
| כרמיאל      | רח' נשיאי ישראל 11          | 04-9907351 |
| נהריה       | שד' ויצמן 62                | 04-9528029 |
| נצרת        | רח' המחצבות 3               | 04-6027420 |
| נתניה       | רח' הרצל 68                 | 09-8602759 |
| עפולה       | רח' מנחם 1                  | 04-6529227 |
| פתח תקוה    | רח' רוטשילד 72              | 03-9114857 |
| קרית        | רח' אח"י אילת 50, קרית חיים | 04-8467551 |
| ראשון לציון | רח' ישראל גילי 7            | 03-9426781 |
| רחובות      | רח' רמז 64, פינת רח' פינס   | 08-9345955 |
| רמלה        | רח' דני מס 11               | 08-9777471 |
| רמת גן      | רח' החשמונאים 15            | 03-6751901 |
| תל-אביב     | רח' יצחק שדה 17             | 03-6250129 |



**טופס הצעה למעריכים לביצוע הערכת תלות במסגרת חוק הביטוח הלאומי – סיעוד, נכות**

|                |          |      |       |
|----------------|----------|------|-------|
| שם פרטי ומשפחה | שנת לידה | ת.ז. | כתובת |
|                |          |      |       |

מקצוע: \_\_\_\_\_  
 אחות  מרפא בעיסוק  פיזיותרפיסט

|       |            |
|-------|------------|
| טלפון | טלפון נייד |
|       |            |

מס' רישוי על פי תעודת רישום או תעודת הכרה במשרד הבריאות \_\_\_\_\_ חובה לצרף תעודה

**לימודי התמחות (פרט הכשרה ושנת הלימודים) חובה לצרף תעודה**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**ידעת שפות:**  עברית  ערבית  רוסית  אמהרית  
 אחר \_\_\_\_\_

**תעסוקה נוכחית**

|  |
|--|
| הארגון המעסיק _____ תאריך תחילת העבודה _____ |
| מקום העבודה _____ תפקיד _____                |

**ותק בעבודה עם אנשים מוגבלים וזקנים**

| 1. | המעסיק | מקום העבודה | תקופת העבודה | תפקיד |
|----|--------|-------------|--------------|-------|
| 2. |        |             |              |       |
| 3. |        |             |              |       |
| 4. |        |             |              |       |

אני מעוניין/נת לעשות הערכות בסניף \_\_\_\_\_ ומתחייב/ת לבצע 15 הערכות לפחות בחודש.

**לתשומת לב:**

הערכות תלות נעשות בימי חול בשעות חורף- 8:00-18:00 ובשעות קיץ עד 19:00, בבית הנבדק או במקום אחר שייקבע, במשך 1.5-3 שעות להערכה כוללת הכתיבה.

**יש לצרף:**

1. אישור רישום במשרד הבריאות.
2. תעודות על השכלה מקצועית והכשרה מיוחדת.
3. קורות חיים.
4. נוסח ההסכם חתום בראשי תיבות.
5. טופס התחייבות לשמירת סודיות ולמניעת ניגוד עניינים.
6. שאלון אישי לעניין הצהרה לאי רישום פלילי

את ההצעה יש למסור במעטפה סגורה למחלקת הסיעוד בסניף בו ברצונך לבצע הערכות.

שם המציע \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_



**המוסד לביטוח לאומי**  
**מינהל גמלאות**

**אגף סיעוד**

**שאלון אישי למעריך/יועץ לביצוע הערכות תלות**

| שם משפחה | שם פרטי | מס' ת.ז. | תאריך לידה | שם האב |
|----------|---------|----------|------------|--------|
|          |         |          |            |        |

**כתובת מגורים**

| רחוב | מס' בית | כניסה | דירה | ישוב | מיקוד |
|------|---------|-------|------|------|-------|
|      |         |       |      |      |       |

הסכם ייחתם רק למי שאין רישום פלילי.

**הצהרה של העדר רישום פלילי**

אני מצהיר בזאת שאין לי ולא היה לי רישום פלילי.  
אני מתחייב כי אם יהיה לגבי שינוי בנושא רישום פלילי או משטרתי, אדווח על כך לאגף סיעוד בביטוח הלאומי.  
הואיל וכך אני נותן בזאת את הסכמתי מראש למסירת מידע מן המרשם הפלילי על פי חוק המרשם ותקנת השבים, התשמ"א - 1981.  
אני מצהיר בזאת כי הפרטים שמלאתי בשאלון זה הם נכונים, מלאים ומדויקים.

ולראיה באתי על החתום

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ תאריך



## הסכם

לצורך השלמת הליכי הגשת ההצעה למכרז, המציע מחוייב לחתום על חוזה/הסכם החתום בר"ת, ע"י הגורמים המוסמכים במוסד (חתימה על הסכם ללא ר"ת לא תתקבל).

להורדת החוזה/הסכם [לחץ כאן](#).

[כמו-כן, ניתן להוריד את החוזה / הסכם ע"י לחיצה על הקישור המופיע בתוך מודעת המכרז].



## עמוד מבוטל



## עמוד מבוטל





## עמוד מבוטל



## נספח א'

### הימנעות מניגוד עניינים - הצהרה

אני מצהיר בזאת כי:

1. איני בעל ארגון הנותן שירותי סיעוד במסגרת חוק הביטוח הלאומי (פרק סיעוד) (להלן – ארגון סיעוד) ולא מכהן בהנהלת ארגון סיעוד ואיני ממלא כיום כל תפקיד בשכר או שלא בשכר בארגון סיעוד וכן אין לי בן משפחה \* הממלא תפקיד כאמור.
2. בשנתיים האחרונות לא מילאתי כל תפקיד כאמור לעיל בארגון סיעוד בתחום סניפי המוסד בהם אני רשום כמועמד לתת שירותי יעוץ או לבצע הערכות תלות.
3. בסניף המוסד בו אני רשום כמועמד לתת שירותי יעוץ או לבצע הערכות תלות לא מועסק בן משפחה \* שלי.
4. אני מתחייב להודיע למוסד מיד אם יחול שינוי בפרטים עליהם הצהרתי בהצהרה זו.

\* בן משפחה: הורה, בן זוג, אח, אחות, בן, בת, גיס, גיסה, הוריהם ילדיהם ובני זוגם של כל אלה.

שם \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_



## נספח ב'

### הנדון: הנחיות למעריך לביצוע הערכות תלות לקביעת זכאות בגמלת סיעוד/גימלה לשירותים מיוחדים/גימלת ילד נכה

#### 1. הנחיות לביצוע הערכות

- הערכת התלות תתבצע בביקור בית במקום מגוריו של הזקן והנכה/הילד הנכה ותכלול בנוסף, איסוף נתונים ככל שיידרש מבני משפחה או גורמים מטפלים וכן ביקור חוזר אם נדרש לצורך תיקונים.
- ביקורי הבית וכן בקשות למידע נוסף יעשו בימי חול בלבד ובין השעות 8:00-18:00 בשעות חורף ובשעות קיץ 8:00-19:00. רצוי לא בשעות מנוחת הצהרים 13:00-16:00. חריגה משעות אלה תעשה רק לפי בקשה מפורשת של הנבדק ואם המעריך יכול להיענות לה.
- מספר הביקורים שיוכל מעריך לבצע ביום אחד מוגבל לשלושה, ובחודש אחד מוגבל ל-60.
- ביקורי הבית יבוצעו רק לאחר תאום מראש עם הנבדק / בן משפחה (אלא אם צוין במפורש אחרת) ובנוכחות של בן משפחה או מטפל אחר, אם יש דרישה לכך. במקרה של פגיעה קוגניטיבית – יבוצע הביקור רק בנוכחות בן משפחה או מטפל אחר על פי תאום עם המשפחה.
- ההערכה ניתנת בכתב על גבי טופס הערכה שנקבע לכך על ידי המוסד בהתאם לסוג הנבדק (זקן/נכה/ילד נכה) ונעשית על פי תדריכי המוסד והנחיותיו.

#### 2. הזמנת הערכה ומסירתה

- הזמנת הערכה נעשית באמצעות פלט מחשב .
- ההזמנה כוללת את כל הפרטים של הזקן/הנכה הנחוצים לביצוע הערכת תלות וכן מועד מחייב למסירתה. בנוסף כוללת ההזמנה ספח למילוי ע"י המעריך ובו פרטים מנהליים על ביצוע ההערכה. להפניה יצורף המידע הרפואי .
- ההזמנה לביצוע הערכת תלות תימסר למעריך על ידי האחות היועצת או פקיד התביעות בסניף המוסד לביטוח לאומי ותוחזר לאחות היועצת יחד עם טופס ההערכה לאחר שהמעריך מילא את הספח. הנתונים יהוו בסיס לתשלום למעריך.

#### 3. תשלום עבור הערכות תלות

- תשלום עבור הערכות התלות ייעשה על ידי מחלקת הכספים של הסניף על פי חשבונית. מס הכנסה ינוכה לפי הכללים ובהתאם לאישורים שיומצאו משלטונות המס.

#### 4. איכות

- מעריך יוכל להתייעץ בשאלות ובעיות הקשורות בהערכה, עם האחות היועצת או עם פקיד התביעות.



**נספח ג'**

**המוסד לביטוח לאומי  
דו"ח ביקורים – התקשרות בסניף**

**ביטוח סיעוד**

חודש \_\_\_\_\_

סניף \_\_\_\_\_

שם מעריך (עצמאי) \_\_\_\_\_ זהות \_\_\_\_\_

|    |                                |
|----|--------------------------------|
| 1. | הושלמה הערכת תלות              |
| 2. | הערכה הופסקה לאחר שכמעט הושלמה |
| 3. | סירוב על הסף                   |
| 4. | נערך ביקור - הזקן לא בבית      |
| 5. | נערך ביקור - כתובת לא קיימת    |
| 6. | נערך ביקור - נפטר              |
| 7. | נערך ביקור - מאושפז            |

| תעריף | תשלום לפי קוד ביצוע | תאריך ביקור בית | פרטי מבוטח |          |           |   |
|-------|---------------------|-----------------|------------|----------|-----------|---|
|       |                     |                 | שם פרטי    | שם משפחה | מספר זהות |   |
|       |                     |                 |            |          |           | 1 |
|       |                     |                 |            |          |           | 2 |
|       |                     |                 |            |          |           | 3 |
|       |                     |                 |            |          |           | 4 |
|       |                     |                 |            |          |           | 5 |
|       |                     |                 |            |          |           | 6 |
|       |                     |                 |            |          |           | 7 |

אישור פקיד תביעות: שם \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_



**נספח ד' – כתב התחייבות לשמירה על סודיות**

תאריך: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

שד' ויצמן 13

ירושלים

א.ג.נ.

**הנדון: התחייבות לשמירת סודיות ולמניעת ניגוד עניינים**

|               |   |
|---------------|---|
| <b>הואיל</b>  | ולפי הסכם מיום _____ בחודש _____ שנת _____ שבין _____ (להלן "הזוכה") לבין המוסד לביטוח לאומי (להלן "המוסד").  |
| <b>והואיל</b> | מזמין המוסד מהזוכה שירותי הערכה לביצוע מבחני הערכת תלות לאנשים עם מוגבלויות בגיל הזיקנה (להלן: "השירותים").   |
| <b>והואיל</b> | והמוסד הסכים להתקשר עם הזוכה בתנאי שהזוכה ישמור על סודיות כל המידע כהגדרתו להלן, וכן על סמך התחייבות הזוכה לעשות את כל הדרוש לשמירת סודיות המידע;   |
| <b>והואיל</b> | והוסבר לזוכה כי במהלך עיסוקי בעבודה במוסד ו/או בקשר אליה יתכן כי אעסוק ו/או אקבל לחזקתי ו/או יבוא לידיעתי מידע מסוגים שונים, שאינו מצוי בידיעת כלל הציבור, בין בעל פה ובין בכתב, בין ישיר ובין עקיף, השייך למוסד ו/או הנועד למוסד ו/או לפעילויותיו בכל צורה ואופן, לרבות אך מבלי לגרוע מכלליות האמור, נתונים, תיקים רפואיים, מסמכים ודו"חות (להלן "המידע"); |
| <b>והואיל</b> | והוסבר לספק וידוע לו כי גילוי המידע בכל צורה שהיא לכל אדם או גוף מלבדכם, עלול לגרום לכם ו/או לצדדים נזק, והוא עלול להוות עבירה פלילית;  |

**אי לזאת, אני הח"מ מתחייב כלפיכם כדלקמן:**

1. לשמור על סודיות גמורה ומוחלטת של המידע ו/או כל הקשור והנובע מן העבודה או ביצועה.
2. ומבלי לפגוע בכלליות האמור בסעיף 1 לעיל, הנני מתחייב כי במשך תקופת ההתקשרות או לאחר מכן ללא הגבלת זמן לא אגלה לכל אדם או גוף, לא אפרסם וכן לא אוציא מחזקתי את המידע ו/או כל חומר כתוב אחר ו/או כל חפץ או דבר, בין ישיר ובין עקיף, לצד כל שהוא.
3. לנקוט אמצעי זהירות קפדניים ולעשות את כל הדרוש מבחינה בטיחותית, ביטחונית, נוהלית או אחרת כדי לקיים את התחייבותי על פי התחייבות זו.
4. להיות אחראי כלפיכם על פי כל דין לכל נזק או פגיעה או הוצאה או תוצאה מכל סוג, אשר יגרמו לכם או לצד שלישי כל שהוא כתוצאה מהפרת התחייבותי זו, וזאת בין אם אהיה אחראי לבדי בגין כל האמור ובין אם אהיה אחראי ביחד עם אחרים.
5. להחזיר לידיכם ולחזקתכם מיד כשאתבקש לכך כל חומר כתוב או על מדיה מגנטית או אחר או חפץ שקיבלתי מכם או השייך לכם שהגיע לחזקתי או לידי עקב ביצוע העבודה או שקיבלתי מכל אדם או גוף



עקב ביצוע העבודה או חומר שהכנתי עבורכם. כמו כן, הנני מתחייב לא לשמור אצלי עותק כל שהוא של חומר כאמור או של מידע.

6. בכל מקרה שאגלה מידע כאמור השייך לכם ו/או הנמצא ברשותכם ו/או הקשור לפעילויותיכם, תהיה לכם זכות תביעה נפרדת ועצמאית כלפי בגין הפרת חובת הסודיות שלעיל. הנני מצהיר כי ידוע לי ששימוש במידע שיגיע לידי במהלך ביצוע העבודה ומסירתו לאחר מהווים עבירה על פי חוק עונשין, התשל"ז – 1997 וחוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981.

7. התחייבותי זו לא תפורש כיוצרת קשר אישי מכל סוג שהוא ביני לבינכם.

#### ולראיה באתי על החתום

היום: \_\_\_\_\_ בחודש: \_\_\_\_\_ שנת: \_\_\_\_\_

שם פרטי ומשפחה: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_

הזוכה: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_