



**גיוס מעריכים לביצוע מבחני הערכות תלות לאנשים עם מוגבלות
בסניף הביטוח הלאומי - ראשון לציון מ(2061)2008**

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 6 מעריכים, יוכלו להגיש הצעות מי שעונים על כל התנאים הבאים:

1. אח/ות מוסמך/כת או מרפא/ה בעיסוק או פיזיותרפיסט/ית.
2. בעלת 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 בעבר כיועץ או כמעריך באחד מסניפי המוסד, יצהיר כי אין לו טענות בגין שירותים שנתן למוסד בתקופת העבר.
9. המוסד רשאי שלא לקבל מועמדותו של מציע ששימש בעברו כיועץ או כמעריך שהופסקה עבודתו או שהפסיק מרצונו ולא הייתה שביעות רצון משירותיו.



המוסד לביטוח לאומי
מכרז מס' מ(2061)2008

הערות:

1. המועמדים יידרשו לעמוד לבחירה בפני ועדת קבלה בסניף, שתמליץ בפני ועדת המכרזים על המועמדים המתאימים.
המוסד שומר לעצמו את הזכות להציע למציעים מתאימים שלא נבחרו בסניף זה, להתקבל בסניף אחר.
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 שיבחר ויחתם עמו הסכם, יעבור תקופת הקלטות והכשרה בסניף ובהמשך יידרש להשתתף בהכשרה ייעודית 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 לסניף אחד בלבד, על גבי טופס הצעה.
את טופס ההצעה ונוסח ההתקשרות (הסכם) ניתן להוריד מאתר האינטרנט של הביטוח הלאומי 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 ראשון לציון, רח' ישראל גלילי 7, ביד או באמצעות שליח או בדואר, במעטפה חתומה בגודל A4, עליה ציין "מכרז מעריכים מס' (2061) 2008", עד ליום רביעי
15.4.2015

בהסכם מפורטים התעריפים ואופן ההתקשרות.



המוסד לביטוח לאומי
מכרז מס' מ(2061)2008

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.

ידועת שפות: עברית ערבית רוסית אמהרית אחר _____
תעסוקה נוכחית

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

ותק בעבודה עם אנשים מוגבלים וזקנים

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

אני מעוניין/נת לעשות הערכות בסניף _____ (יש להירשם לסניף אחד בלבד)
אני מתחייב/ת לבצע 15 הערכות לפחות בחודש.
אני מצהיר/ה כי אין לי טענות בגין שירותים שנתנו יל ידי למוסד בתקופת העבר.

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 3-1.5 שעות להערכה כולל 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 בחרת לבצע הערכות.

שם המציע _____ חתימה _____ תאריך _____



המוסד לביטוח לאומי
מכרז מס' מ(2061)2008

שאלון אישי למעריך/יועץ לביצוע הערכות תלות בסניף _____

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



המוסד לביטוח לאומי
מכרז מס' מ(2061)2008

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 _____



המוסד לביטוח לאומי
מכרז מס' מ(2061)2008

נספח ב'

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

1. הנחיות לביצוע הערכות

- הערכת התלות תבצע 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 בשעון חורף ובשעון קיץ 8:00-19:00. רצוי לא בשעות מנוחת הצהריים 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 יעשה 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/ת או עם פקיד התביעות.



המוסד לביטוח לאומי
מכרז מס' מ(2061)2008

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

תעריך	תשלום לפי קוד ביצוע	תאריך ביקור בית	פרטי זקן			
			שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	
						1
						2
						3
						4
						5
						6
						7

אישור פקיד תביעות: שם _____ חתימה _____ תאריך _____



המוסד לביטוח לאומי
מכרז מס' מ(2061)2008

נספח ד'

נוסח התחייבות לשמירת סודיות

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
סניף _____

הנדון: התחייבות לשמירת סודיות

הואיל ולפי הסכם מיום _____ בחודש _____ שנת _____ שבין המעריך _____ (להלן המעריך) לבין המוסד לביטוח לאומי (להלן – המוסד) מקבל המוסד מהמעריך שירותים בתחום הערכות תלות.

והואיל והוסבר למעריך כי במהלך העבודה ו/או בקשר אליה יתכן כי יעסוק ו/או יקבל לחזקתו ו/או יבוא לידיעתו מידע מסוגים שונים, לרבות מידע רפואי, שאינו מצוי בידיעת כלל הציבור, בין בעל-פה בין בכתב, בין ישיר ובין עקיף, השייך למוסד ו/או הנודע למוסד ו/או לפעילויותיו בכל צורה ואופן, לרבות, אך מבלי לגרוע מכלליות האמור, נתונים, מסמכים ודוחות (להלן – המידע).

והואיל והוסבר למעריך וידוע לו כי גילוי המידע בכל צורה שהיא לכל אדם או גוף מלבד המוסד, עלול לגרום למוסד ו/או לצדדים נזק מרובה ועלול 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 העבודה או לאחר מכן ללא הגבלת זמן לא אגלה לכל אדם או גוף וכן לא אוציא מחזקתי את המידע ו/או כל חומר כתוב אחר ו/או כל חפץ או דבר, בין ישיר ובין עקיף, לצד כלשהו.
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 כלשהו כתוצאה מהפרת התחייבותי זו, וזאת בין אם אהיה אחראי לבדי בגין כל האמור ובגין אם אהיה אחראי ביחד עם אחרים.
5. להחזיר לידכם ולחזקתכם מיד כשאתבקש לכך כל חומר כתוב או אחר או חפץ שקיבלתי מכם או שייך לכם שהגיע לחזקתי או לידי עקב ביצוע העבודה או שקיבלתי מכל אדם או גוף עקב ביצוע העבודה או חומר שהכנתי עבורכם. הנני גם מתחייב לא לשמור אצלי עותק כלשהו של חומר כאמור או של מידע.
6. בכל מקרה שאגלה מידע כאמור שייך לכם ו/או הנמצא ברשותכם ו/או הקשור לפעילויותיכם תהיה לכם זכות תביעה נפרדת ועצמאית כלפי בגין הפרת חובת הסודיות שלעיל.
7. התחייבותי זו לא תפורש כיוצרת קשר אישי מכל סוג שהוא ביני לביניכם.

ולראיה באתי על החתום

היום _____ חודש _____ שנת _____
 המעריך שם פרטי ומשפחה _____
 כתובת _____ ת.ז. _____ חתימה _____



המוסד לביטוח לאומי
מכרז מס' מ(2061)2008

הסכם התקשרות

לצורך השלמת הליכי הגשת ההצעה למכרז, המציע מחוייב לחתום על חוזה/הסכם. ההסכם המצורף להלן חתום בראשי תיבות על ידי נציגי המוסד לביטוח לאומי. על המציע לחתום בראשי תיבות על ההסכם, לצד חתימותיהם של נציגי המוסד לביטוח לאומי. החתימה על ההסכם הינה חובה.

להורדת החוזה/הסכם - [לחץ כאן](#) .

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