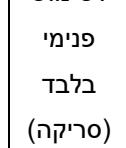
 מספר זהות / דרכון	<input type="checkbox"/> לשימוש פנימי בלבד (סימון)
סוג דפים המסמך	

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינISTRY OF NATIONAL INSURANCE
شيكوم مؤسسة التأمين الوطني
ادارة المخصصات
التأهيل



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

1

חלק א' – ימולא ע"י המטופל
قسم أ – يعبّئ المعالج

מספר זהות رقم الهوية ٥٠٢	מין الجنس <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	שם פרטי الاسم الشخصي	שם משפחه اسم العائلة
כתובת العنوان			
מיקוד رقم المنطقة	יישוב البلد	דירה الشقة	כניסה المدخل
דואר אלקטרוני بريد الكتروني		טלפון נייד الهاتف الخلوي	טלפון קווי رقم الهاتف

אני מסרב לקבל הודעות הולכות מידע אישי בערכיהם הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקומות דואר רגיל.
لديعتر، ام لا صيغة "اني مسرب"، הודעות בנושאי הביטוח הלאומי ישלו בערכיהם הדיגיטליים، لفي الميدع شمسرت.
أرفض استلام الرسائل التي تتضمن معلومات شخصية في القوات الرقية (رسائل نصية (SMS)، بريد إلكتروني)، بدلاً من البريد العادي.
لعلمك، إذا لم تشر "أنا أرفض"، فسيتم إرسال إشعارات بشأن مسائل التأمين الوطني عبر القوات الرقمية، وفقاً للمعلومات التي قدمتها.

↳ פסיכולוגים – דרגת התמחות: מומחה מומחה בכיר (מדרי) – ציין את דרגתך וצרף צילום הרשם/ אישור

דרגת המומחיות של משרד הבריאות

أخصائي أول (مرشد) - سجل ما هو مستوى تخصصك وارفق نسخة عن

المستند الذيثبت ذلك من وزارة الصحة

أخصائي

رسالة

↳ עובדים סוציאליים – התואר האקדמי: _____ מס' _____ נסיוון מקצועית משנת _____

(נא לצרף צילום תעודה תואר ותעודה מהמכון לפסיכוטרפיה).

العمال الاجتماعيون – الشهادة الأكاديمية: _____ خبرة مهنية منذ سنة _____

(الرجاء ارفاق نسخة عن الشهادة الأكademie وشهادة من معهد العلاج الطبيعي).

↳ פסיכיאטרים – נא לצרף תעודה מהמכון/bih"o לפסיכוטרפיה

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

↳ מטפלים באמונות – הסמכה ממשרד הבריאות או מטפל עם תואר ראשון או שני במדעי ההתנהגות, חברה או חינוך

וتعודה של מטפל בהבעה ויצירה בתכנית של 3 שנים במוסד מוכר

או תואר ראשון או שני ב _____ ותעודה בתכנית שלוש שנות טיפול נפשי (לדוגמה: פסיכותרפיה,

טיפול משפחתי) ותעודה של מטפל בהבעה ויצירה בתכנית של 3 שנים במוסד מוכר.

معالجون بالفنون – شهادة من وزارة الصحة أومعالج حاصل على لقب أول أو ثانٍ في العلوم السلوكية أو المجتمع أو التربية والتعليم وشهادة

معالج تعبيري وإبداعي في برنامج مدته 3 سنوات في مؤسسة معترف بها

أو لقب أول أو ثانٍ في _____ وشهادة في برنامج مدته ثلاثة 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 התמחות

تفاصيل الاختصاص

שפות מדוברות:

اللغات المتحدثة:

הקליניקה נגישה לנכים: כן לא

عبارة متاحة للمعاقين: نعم לא

תאריך _____ חתימה: _____ توقيع: _____ التاريخ

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

لاستخدام المؤسسة – تعבנה مدير/ة قسم التأهيل

למטפל מר/גב' _____ נקבעה רמת שירות מומחה מומחה בכיר (מדרי)
הרמה נקבעה על סמך התעודות שהוצעו לפניינו.

תאריך _____ שם המאשר _____ חתימה *

טופס מנוטח בלשון זכר אך פונה לנשים ובברים כאחד
كتبت هذه الإستماراة بصيغة المذكر لكنها موجهة للنساء والرجال على حد سواء