

משרד הבריאות

טופס 2

שאלון הצהרה של בן/בת החולה לצורך קביעת גובה השתתפות

במימון האשפוז הסעודי – הכרוני

החולה

שם פרטי	שם משפחה

חלק א'

1. פרטי בן/בת החולה

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס. תעודת זהות _____ מצב משפחתי _____

שם בן / בת זוג _____ מס' תעודת זהות של בן הזוג _____

2. מען בן/בת החולה

שם הישוב _____ רחוב _____ מס' הבית _____

מס' דירה _____ מיקוד _____ מס' טלפון _____

3. פרטי מקום עבודה של בן/בת החולה :

שם מקום העבודה _____ כתובת _____

מס' טלפון _____ תפקיד _____

בן/בת זוג עובד/ת : כן , לא , פנסיונר/ית.

אם עובד/ת מקום העבודה: _____ .

חלק ב'

1. פרטים על ילדים של בן/בת החולה שטרם מלאו להם 18 שנה או ילדים שבתאריך מילוי השאלון טרם מלאו להם 21 שנה והמשרתים שרות חובה בצה"ל או שרות לאומי וילדים בוגרים המתגוררים בדירתך.

מס' סידורי	שם משפחה	שם פרטי	שנת לידה	לומד	עובד	שרות צבאי	שרות מילואים
.1							
.2							
.3							
.4							
.5							
.6							
.7							
.8							
.9							
.10							
.11							
.12							

2. פרטים על חשבונות של בן/בת החולה

סמן X במשבצת המתאימה

הערות	הכנסה לחודש ברוטו	הכנסות	מקור ההכנסה
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	* עבודה שכירה
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	** עצמאי
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	*** קצבה מביטוח לאומי (פרט את סוג הקצבה)
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	פנסיה בישראל
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	פנסיה, רנטה, שילומים מחוץ לארץ
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	תגמולים ממשרד הבטחון
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	תגמולים ממשרד האוצר לנפגעי הנאצים
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	דמי שכירות עבור בית, דירה, נכס
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	ריבית מכל מקור שהוא
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	הכנסה מכל מקור שהוא

* לצרף תלושי משכורת של 3 חודשים האחרונים.

** לצרף שומת מס הכנסה אחרונה, בתוספת מסמך המעיד על מקדמות שנקבעו לתשלום במשך השנה השוטפת.

משכנתא: חוזה קבלת משכנתא, אישור על התשלום החדשי.

סטודנטים: לילדים עד גיל 25 לא נישואים – אישור על תשלום שכר הלימוד.

תצהיר בן/בת החולה

אני הח"מ _____ בעל תעודת זהות _____

לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מאשר/ת בזה כי כל הנאמר בשאלון ההצהרה זה הוא אמת וידוע לי כי כל הנאמר בשאלון ההצהרה זה הוא אמת וידוע לי כי סך השתתפותי בעלות האישפוז נקבע על פי שאלון זה.

_____ חתימה

_____ תאריך

אישור

אני עורך דין _____ מאשר כי ביום _____

הופיעה בפני מר/ גב' _____ שהזדהה/תה בתעודת זהות מספר _____

ולאחר שהוזהרתי/ה כי עליו/ה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירי/ה.

_____ עורך דין

_____ חותמת