

שם החולה:

שאלון לבן / בת החולה

משרד הבריאות

שאלון הצהרה של בן/בת החולה לצורך קביעת גובה השתתפות
משרד הבריאות

במימון האשפוז הסייעודי - הכרוני

1. פרטי בן/בת החולה: שם ומשפחה _____

מספר תעודת זהות מלא _____ מצב משפחתי _____ שם בן / בת הזוג _____

2. רחוב _____ מס' הבית _____

עיר _____ מיקוד _____ מס' טלפון _____

3. שם מקום עבודה _____ כתובת _____

תפקיד _____ מס' טלפון _____

4. האם קיימת הכנסה לבן/בת הזוג מכל מקור שהוא (למעט קיצבת ילדים).

לא

כן

-2-

5. פרטים ילדי המצהיר שטרם מלאו להם 18 שנה, וחיילים
 בשירות חובה בצה"ל או שרות לאומי.

מס' סידור	שם	שנת לידה	מס' ת. זהות	ת ע ס ו ק ה		
				לומד	עובד	שרות צבאי
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						

יש לצרף צילום ספח של ת.ז. עם פרוט הילדים.

פרטים על ההכנסות של בן/בת החולה

ה ע ר ו ת	ה כ נ ס ו ת		מקור הכנסה
	הכנסה ברוטו	סמן בעיגול לחודש	
		כן לא	עבודה שכירה *
		כן לא	עצמאי **
		כן לא	קיצבת ביטוח לאומי *** (למעט קצבת ילדים)
		כן לא	פנסיה מכל מקור בארץ *** ובח"ל ושילומים
		כן לא	תגמולים ממשרד הבטחון ***
		כן לא	תגמולים ממשרד האוצר לנפגעי נאצים ***
		כן לא	תקבולים: השכרת דירה, נכס, עסק וכ"י ***
		כן לא	ריבית מכל מקור שהוא ***
		כן לא	הכנסה מכל מקור שהוא ***

* לצרף תלושי משכורת של 3 החדשים האחרונים.

** לצרף שומת מס הכנסה אחרונה מפקיד השומה במס ההכנסה.

*** לצרף אישורים.

הוצאות חריגות

1. משכנתא - יש להמציא אישור מבנק למשכנתאות על גובה ההלוואה,
גובה ההחזר החודשי ומועד גמר המשכנתא.

2. שכר דירה - חוזה שכירות

3. השכלה גבוהה - ילדים עד גיל 27 לא נשואים - יש להמציא אישור
מהמוסד החינוכי עם ציון תחום הלימוד ושנת הלימוד.

- 4 -

ת צ ה י ר ב/בת החולה

אני הח"מ _____ נושא תעודת זהות _____

לאחר שהזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפויה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מאשר/ת בזה כי כל הנאמר בשאלון הצהרה זה הוא אמת.

_____ חתימה

_____ תאריך

א י ש ו ר

אני עורך דין _____ מאשר כי ביום _____ הופיעה

בפני מר/גב' _____ שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' _____

ולאחר שהזהרתי/ה כי עליו/ה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה / תעשה כן יהא/תהא צפויה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

_____ עורך הדין

_____ חותמת

ניתן לחתום על התצהיר בפני עו"ד או בפני מזכיר ביהמ"ש או אחד מהמנויים בסעיף 15 לפקודת הראיות (נוסח חדש) תשלי"א - 1971.

קבלת קהל אצל עו"ד, חדר מספר 222, בלשכת הבריאות בתאום מראש עם הגב' לאה בזק בטלפון: 02-5314865.