



תביעה לגמלת סיעוד طلب تلقي مخصصات تمريض

חובה לצרף לטופס זה

יגב אן תرفق/י להזה الاستمارة

1. אישורי הכנסות שלך ושל בן/בת זוג מכל המקורות (למעט קצבאות ביטוח לאומי) לשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה חודשים שקדמו לחודש הגשת תביעה.

تصديقات بشأن مدخولاتك ومدخولات زوجك/تك من جميع المصادر (عدا عن مخصصات التأمين الوطني) لثلاثة أشهر متتالية من ضمن الأشهر الأربعة التي سبقت تقديم الطلب.

אם הגשת תביעה במהלך שנים עשר החודשים האחרונים מאז נידחת, אין צורך להמציא מחדש אישורי הכנסות.

إن قمت بتقديم الطلب خلال 12 شهراً قبل الإقالة، لا حاجة لتقديم التصديقات بشأن المدخولات.
2. אם אתה מתגורר בבית אבות/מוסד/משפחתון, יש למלא אישור בסעיף 9 (בטופס התביעה) על ידי הנהלת המקום.

إن كنت تسكن في دار مسنين/مؤسسة/نزل، يجب تعبئة التصديق في البند 9 (من استمارة الطلب) من قبل إدارة المكان.
3. תדפיס מידע רפואי ממוחשב (תמצית תיק רפואי אבחנות ותרופות) חתום על ידי רופא מטפל (רופא המשפחה) ו/או סיכום אשפוז שהתקיים ב-3 חודשים אחרונים.

وثيقة معلومات طبيّة محوسبة (ملخص الملف الطبي، تشخيصات وأدوية) موقعة من قبل الطبيب المعالج (طبيب العائلة) و/أو تقرير المكوث في المستشفى خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة.

כיצד יש להגיש את התביעה

كيفية تقديم الطلب

- את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.
- לשאלות וברורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- יגב إرسال أو إحضار استمارة الطلب إلى فرع مؤسسة التأمين الوطني القريب.
- للأسئلة والاستفسارات يگب التوجه عبر هاتف رقم *6050 أو 04-8812345.
- לצורך קבלת הסבר וסיוע במילוי טופס התביעה, ניתן לפנות למחלקת ייעוץ לקשיש בסניפי המוסד לביטוח לאומי בטלפון: 02-6463400. לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il
- لتلقي الشرح والدعم حول كيفية تعبئة استمارة الطلب، بالإمكان التوجه إلى قسم الاستشارة المخصص للمسنين في فروع مؤسسة التأمين الوطني عبر هاتف رقم: 02-6463400. للمزيد من التفاصيل، بالإمكان الاستعانة بموقع الإنترنت التابع لمؤسسة التأمين الوطني www.btl.gov.il

הגעה לגיל 90

בלוג סנ' אל 90 عام

אם מלאו לך 90 שנה, באפשרותך לבחור בביצוע הערכה תפקודית על ידי רופא מומחה בגריאטריה* (ללא תשלום על ידי התובע), במקום על ידי מעריך המוסד.

في حال بلوغك سن ال 90 عام، يمكنك اختيار الخضوع لتقييم أدائي من قبل طبيب مختص في طب المسنين (دون أن يقوم مقدم الطلب بدفع أي مبلغ مقابل ذلك)، بدلا من المقيم العامل لدى المؤسسة. אם בחרת להיבדק על ידי הרופא הגריאטר, על הרופא הגריאטר למלא את נספח ג' המצ"ב, טופס זה יצורף לתביעה, נוסף לתדפיס מידע רפואי מהרופא המטפל.

إن اخترت الخضوع للفحص لدى أخصائي طب المسنين، يجب على هذا الأخصائي تعبئة الملحق ج المرفق بذلك، يتم إرفاق هذه الاستمارة للطلب، إضافة إلى وثيقة المعلومات الطبية الصادرة عن الطبيب المعالج. * **על פי החוק יוכל לערוך הערכה זו רופא גריאטר המועסק ב' מוסד רפואי ציבורי** שבבעלות הממשלה, קופת חולים או רשות מקומית, או תאגיד שהוא מוסד ציבורי..."

* **يسمح القانون بإجراء مثل هذا التقييم لدى طبيب مختص في طب المسنين الموظف في " مؤسسة طبيّة عامّة" تابعة للحكومة، صندوق مرضى أو سلطة محلية، أو تنظيم آخر يعتبر مؤسسة عامّة...** **הערה:** מי שנבדק ע"י מעריך יוכל להגיש הערכה תפקודית של רופא גריאטר רק אם חלפו 6 חודשים ממועד ביצוע ההערכה הקודמת.

מلاحظة: كل من خضع للفحص لدى المقيم يستطيع تقديم التقييم الأدائي الصادر عن أخصائي طب المسنين فقط إن مرت 6 أشهر على موعد إجراء التقييم السابق.

מגבלה בעלת אופי זמני:

מحدודية مؤقتة:

אם המגבלה התפקודית שלך הופיעה בחודשיים האחרונים והיא בעלת אופי זמני, עליך לבקש מהרופא המטפל, למלא גם את נספח א' המצ"ב.

إن ظهرت محدوديتك الأدائية خلال الشهرين الأخيرين، وكانت مؤقتة، عليك أيضا أن تطلب من الطبيب المعالج تعبئة الملحق أ المرفق.

מידע מאחות מרפאה/מעובדת סוציאלית

معلومات من قبل ممرضة موظفة في عيادة/عاملة اجتماعية

אם ברצונך לצרף מידע מאחות מרפאה ו/או עובדת סוציאלית עליך לבקש לרשום זאת בנספח ב' המצ"ב. إن أردت إرفاق معلومات من قبل ممرضة موظفة في عيادة و/أو عاملة اجتماعية، عليك أن تطلب تسجيل ذلك في الملحق ب المرفق.

חובה לחתום על טופס התביעה

التوقيع على هذه الاستمارة إلزامي

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

هذه الاستمارة صيغت بالمذكر، لكنها موجهة للنساء والرجال على حد سواء



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד
מؤسسة التأمين الوطني
مديرية المخصصات
تمريض

חותמת קבלה
ختم الاستلام

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)
ללא־שימוש
הداخلي
فقط
(לلفحص)

מס' זהות / דרכון									
رقم بطاقة الهوية/جواز السفر									
סוג		דפים		המסמך		נוע		המסמך	
מסמך		אوراق		מסמך		מסמך		מסמך	

תביעה לגמלת סיעוד

طلب تلقي مخصصات تمريض

פרטי התובע

1

تفاصيل مقدم الطلب

שם משפחה
اسم العائلة

שם פרטי
الاسم الشخصي

מספר זהות
ס"ב
رقم بطاقة الهوية
رقم المراقبة

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

תאריך לידה
تاريخ الميلاد

שנה	חודש	יום																	
السنة	الشهر	اليوم																	

מין
الجنس

זכר נקבה
ذكر أنثى

מצב משפחתי
الحالة الاجتماعية

רווקה אלמנה פרודה
 אָבִי/אֵמָה אָרְמֵל/ת מְנַפְּסֵל/ת
 נשוי/אה גרושה ידועה/בציבור
 מְתוּוֹגֵ/ת מְטוּלָה מְעוּרָה/ת לְדֵי הַצִּמְחָה

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)
العنوان (المسجل في وزارة الداخلية)

רחוב / תא דואר
شارع/صندوق بريد

מס' בית
رقم المنزل

קומה
طابق

דירה
شقة

יישוב
البلدة

מיקוד
الرمز البريدي

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

טלפון קווי
الهاتف الأرضي

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

טלפון נייד
الهاتف الخليوي

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

אני מאשר קבלת הודעות SMS
 أوافق على تلقي رسائل نصية قصيرة SMS

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)
عنوان المراسلة (إن اختلف عن العنوان المسجل أعلاه)

רחוב / תא דואר
شارع/صندوق بريد

מס' בית
رقم المنزل

כניסה
مدخل

דירה
شقة

יישוב
البلدة

מיקוד
الرمز البريدي

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

הקשיש נמצא כעת ב:
المسن متواجد حاليًا في:

בכתובת הנ"ל

في العنوان المسجل أعلاه

בבית חולים (ניתן להגיש תביעה רק כאשר יש מועד מתוכנן לשחרור מבית חולים). פרט:
שם בית החולים: _____ מחלקה: _____ תאריך שחרור*: _____

في المستشفى (بالإمكان تقديم الطلب فقط عند وجود موعد محدد للخروج من المستشفى). الرجاء تفصيل:
إسم المستشفى: _____ القسم: _____ تاريخ الخروج*: _____

בכתובת אחרת. פרט:
אצל: _____ כתובת: _____

في عنوان آخر. الرجاء التفصيل:
לדי: _____ العنوان: _____

שפות דיבור
لغة المحادثة

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

ייעוץ לקשיש
استشارة للمسن

הייעוץ לקשיש מציע שירותי ביקורי בית שניתן ע"י מתנדבים. אני מעוניין בביקורי מתנדב
توفر الاستشارة للمسن خدمات الزيارات المنزلية والتي يجريها المتطوعون. إئني معني بتلقي زيارات المتطوع.

פרטים על בן/בת זוג
تفاصيل حول الزوج/ة

שם משפחה إسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות ס"ב رقم بطاقة الهوية رقم المراقبة
_____	_____	_____

האם בן/בת הזוג הגישה תביעה לגמלת סיעוד או מקבלת גמלת סיעוד? כן לא
هل قام/ت الزوج/ة بتقديم طلب لتلقي مخصصات التمريض، أو يتلقى حاليًا مخصصات التمريض؟ نعم كلا

בו/בת משפחה או אפוטרופוס – לתאום ביקור

2

فرد من العائلة أو وصي- لتنسيق الزيارة

- יש לצרף אישור על מינוי אפוטרופוס
- يجب إرفاق التصديق بشأن تعيين الوصي
- לא ניתן לרשום בבקשה לתאום מי שאינו בן/בת משפחה או אפוטרופוס. בקשה לתאום עם גורם אחר תוגש במצורף לתביעה ותכלול נימוקים לבקשה ותאור מפורט של הקשר עם הקשיש.
- لا يجوز التسجيل في طلب التنسيق إسم أي شخص آخر عدا عن أحد أفراد العائلة أو الوصي. للتنسيق مع طرف آخر، يتم تقديم طلب مرفق لاستمارة الطلب هذه، بحيث يشمل تفسيرًا للطلب ووصف مفصل للعلاقة مع المسن.

שם משפחה إسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	הקשר לקשיש العلاقة مع المسن
_____	_____	_____
טלפון קווי الهاتف الأرضي	טלפון נייד الهاتف الخليوي	
_____	_____	

3

כתובת המטפל העיקרי (ימולא רק כאשר יש לשלוח מכתבים המופנים לתובע לכתובת המטפל העיקרי גם אם מולא סעיף 2)

عنوان المساعد الرئيسي (نتم تعبئة هذا البند إن تقرر إرسال الرسائل الموجهة لمقدم الطلب إلى عنوان المساعد الرئيسي، حتى إن تمت تعبئة البند 2)

רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد	מס' בית رقم المنزل	כניסה مدخل	דירה شقة	יישוב البلدة	מיקוד الرمز البريدي
טלפון קווי الهاتف الأرضي			טלפון נייד الهاتف الخليوي		

4

האנשים הגרים עם התובע

الأشخاص الساكنون مع مقدم الطلب

מספר זהות رقم بطاقة الهوية	שם משפחה إسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	יחס קרבה علاقة القرابة	שנת לידה تاريخ الميلاد	ציין אם קיימת הגבלה בתפקוד ואם מקבל גמלת סיעוד/שירותים מיוחדים או אחרת בשל מגבלה זו אזכר إن وجدت محدودة في الأداء وإن يتم تلقي مخصصات تمريض/خدمات خاصة أو غيرها بسبب هذه المحدودة
1	رقم المراقبة				
2	رقم المراقبة				
3	رقم المراقبة				
4	رقم المراقبة				

פרטי הכנסות בשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה שקדמו לתאריך הגשת התביעה

5

تفاصيل المدخولات خلال ثلاثة أشهر متتالية من ضمن الأشهر الأربعة التي سبقت تاريخ تقديم الطلب

- סמן ✓ בטור המתאים, אם יש הכנסה וכן גם אם אין הכנסה, מהמקורות המפורטים בטבלה.
- אשר ב ✓ في الخانة الملائمة, في حال وجود أو عدم وجود دخل, من المصادر المفصلة في الجدول.
- צרף אישורים מתאימים בעבור מקורות ההכנסה שציינת (פרט לקצבאות ביטוח לאומי).
- أرفق التصديقات الملائمة بشأن مصادر الدخل التي أشرت إليها (عدا عن مخصصات التأمين الوطني).

לשימוש המוסד לביטוח לאומי لاستخدام مؤسسة التأمين الوطني		הכנסות תובע دخل مقدم الطلب		הכנסות בן/בת זוג دخل الزوج/ة		מקור المصدر
הכנסות בן/בת זוג לחודש (יש לרשום את החודש ואת ההכנסה המתאימה) مدخولات الزوج/ة في الشهر الواحد (يجب تسجيل الشهر والدخل الملائم)	הכנסות התובע לחודש (יש לרשום את החודש ואת ההכנסה המתאימה) مدخولات مقدم الطلب في الشهر الواحد (يجب تسجيل الشهر والدخل الملائم)	יש يوجد	אין لا يوجد	יש يوجد	אין لا يوجد	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה שכירה عمل مقابل أجر
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה עצמאית عمل مستقل
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פנסיה מעבודה راتب تقاعدي من العمل
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	רנטה מחו"ל مخصصات من خارج البلاد
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמולים مخصصات أخرى
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שכר דירה إيجار شقة
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אחר. פרט: آخر الرجاء التفصيل: _____

הוצאות קבועות: החזקה במוסד, תשלום דמי מזונות, תשלום שכר דירה

6

المصاريف الثابتة: المكوث في مؤسسة، دفع النفقة، دفع إيجار شقة

- יש לצרף אישורים לשלושה חודשים מתוך ארבעת החודשים שקדמו לחודש הגשת התביעה.
- يجب إرفاق التصديقات عن ثلاثة أشهر متتالية من ضمن الأشهر الأربعة التي سبقت تاريخ تقديم الطلب

לשימוש המוסד לביטוח לאומי لاستخدام مؤسسة التأمين الوطني	סכום הוצאה לחודש مبلغ الصرف للشهر				התשלום בעבור (צ״ן שם יחס קרבה לתובע) الدفع ل (אשר إلى الاسم وعلاقة القرابة مع مقدم الطلب)	סוג ההוצאה (צ״ן את הסוג המתאים) نوع المصروف (אשר إلى النوع الملائم)
סה"כ הוצאות ל-3 חודשים إجمالي المصاريف ل 3 أشهر						החזקה במוסד المكوث في مؤسسة
						דמי מזונות نفقة
						שכר דירה * إيجار شقة*

- לא רק מי שיש לו הכנסה מהשכרת דירה אחרת.
- يجب تعبئة هذا البند من قبل أصحاب الدخل من إيجار شقة أخرى.

הערה: לתשומת לב בעלי הכנסה מהשכרת דירה המתגוררים בדירור מוגן - נא להמציא אישור מהדירור המוגן על מרכיב הוצאות הדירור בלבד בתשלום החודשי. סכום הוצאה זו ינוכה מהכנסות שכר הדירה. הסכום שינוכה לא יעלה על גובה שכר הדירה. הניכוי יבוצע רק לאחר המצאת האישור.

מلاحظة: نودّ لفت انتباه أصحاب الدخل من إيجار شقة والساكنين في نزل محميّ إلى وجوب التزوّد بتصديق من النزل المحميّ على نسبة مصاريف السكن فقط من الدفعة الشهرية. سيتم خصم هذا المبلغ من مدخولات إيجار الشقة. المبلغ الذي سيتم خصمه لا يزيد عن مبلغ إيجار الشقة.

7 תפקוד בפעולות היום יום

7

الأداء في المهام اليومية

**ניידות
التنقل**

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> נייד בכוחות עצמו | <input type="checkbox"/> נייד בהשגחה ו/או מתהלך לבד עם מכשיר | <input type="checkbox"/> עזרה חלקית – תמיכה |
| <input type="checkbox"/> יתנقل بقواه الذاتية | <input type="checkbox"/> יתנقل تحت المراقبة و/أو يسير وحده بمساعدة جهاز | <input type="checkbox"/> مساعدة جزئية-دعم |
| <input type="checkbox"/> נדרשת עזרה מלאה | <input type="checkbox"/> רתוק לכיסא גלגלים או למיטה | |
| <input type="checkbox"/> هناك حاجة لمساعدة كاملة | <input type="checkbox"/> مقعد على كرسيّ متحرك أوّ في السرير | |

תפקוד בפעולות היום יום (סמן בכל אחד מהתפקודים את האפשרות המתאימה: עצמאי או זקוק לעזרה)
أداء المهام اليومية (أشّر في كلّ من المهام التالية إلى الإمكانية الملائمة: مستقل أو يحتاج إلى مساعدة)

תפקוד النشاط	עצמאי مستقل	זקוק לעזרה يحتاج إلى مساعدة	אם זקוק לעזרה, פרט סוג עזרה إن كان يحتاج إلى مساعدة، الرجاء تفصيل نوع المساعدة
הלבשה ارتداء الملابس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
רחצה الاعتسال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
אכילה تناول الطعام	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
טיפול בהפרשות التعامل مع الإفرازات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8 קבלת תשלום או שירותים בעבור טיפול אישי ו/או עזרת בית מהגורמים הבאים (סמן את המתאים)

8

تلقي المال أو الخدمات مقابل رعاية شخصية و/أو مساعدة منزلية من إحدى الهيئات التالية (أشّر إلى البند الملائم)

- לא מקבל
- لا أتلقى
- מקבל עזרה בבית או עזרת הזולת ממשרד הביטחון
- أتلقى مساعدة منزلية أو خدمة مساعدة الآخرين من وزارة الدفاع

מגורים במוסד/בית אבות – אם התובע גר במוסד (אישור זה ימולא ע"י המוסד/בית אבות)

السكن في مؤسسة/دار مسنين- إن كان مقدّم الطلب يسكن في مؤسسة (تتم تعبئة هذا التصديق من قبل المؤسسة/دار المسنين)

הריני לאשר כי מר/גב' _____ ת.ז. _____
أصادق بأن السيد/ة _____ حامل/ة بطاقة هوية رقم _____
נמצא במוסדנו: _____ תאריך כניסה: _____
يمكث في مؤسستنا: _____ تاريخ الدخول: _____
כתובת המוסד: _____ מס' טלפון: _____
عنوان المؤسسة: _____ رقم الهاتف: _____

המוסד/המחלקה בה נמצא הקשיש פועל ברישיון: משרד העבודה והרווחה משרד הבריאות ללא רישיון
تعمل المؤسسة/القسم الذي يتواجد فيه/ المسنّ بترخيص من قبل: وزارة العمل والرفاه وزارة الصحة دون ترخيص

נמצא במחלקה: סיעודית לתשומים לתשומי נפש אחרת, פרט: _____
يتواجد في قسم: التمريض العاجزين المرضى النفسيين آخر، الرجاء التفصيل: _____

ההתקשרות בין המוסד לקשיש כוללת: ארוחות ניקיון כביסה
العلاقة بين المؤسسة والمسّن تشمل: الوجبات النظافة غسل الملابس

השתתפות בדמי החזקה על ידי גוף ציבורי מהמשרדים: בריאות עבודה ורווחה ביטחון סוכנות אין השתתפות
المساهمة في رسوم المكوث من قبل هيئة عامة تابعة ل: وزارة الصحة وزارة العمل والرفاه وزارة الدفاع الوكالة لا توجد مساهمة

**מוסד בקיבוץ – ימלא בנוסף את הפרטים הבאים:
مؤسسة داخل كيبوتس- يجب أيضا تعبئة البنود التالية:**

המוסד מיועד: לחברי הקיבוץ ובני משפחותיהם בלבד קולט קשישים מבחוץ
المؤسسة مخصصة: لأعضاء الكيبوتس وأبناء عائلاتهم فقط يستقبل مسنين من الخارج

מעמד התובע: חבר קיבוץ חבר קיבוץ אחר אורח בתשלום אורח לא בתשלום
مكانة مقدّم الطلب: عضو كيبوتس عضو كيبوتس آخر نزيل يدفع رسوم نزيل من غير دفع رسوم

מתאריך: _____
منذ تاريخ: _____

**אישור המוסד/בית אבות
تصديق المؤسسة/دار المسنين**

תאריך: _____ שם מנהל המוסד: _____ חתימת מנהל המוסד ✕ _____
التاريخ: _____ اسم مدير المؤسسة: _____ توقيع مدير المؤسسة: ✕ _____

פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי

تفاصيل حول دعوى لتلقي تعويضات نتيجة أضرار من قبل طرف ثالث

1. האם התלזת בזולת נגרמה כתוצאה מתאונה (תאונת דרכים או תאונה אחרת)?
هل التعلق بالأخرين ناتج عن وقوع حادث ما (حادث طرق أو حادث آخر)؟

לא כן, פרט:

כלא נעם, الرجاء التفصيل:

סוג התאונה: תאונת דרכים תאונה אחרת

נוע החادث: حادث طرق حادث آخر

תאריך התאונה: _____ מקום התאונה: _____

תאריך וקוע החادث: _____ مكان وقوع الحادث: _____

נסיבות אירוע התאונה: _____

ظروف وقوع الحادث: _____

2. האם נמסרה הודעה למשטרה?

هل تم إبلاغ الشرطة؟

לא כן, לתחנת המשטרה ב: _____ מס' תיק: _____

כלא נעם, في مركز الشرطة في: _____ رقم الملف: _____

כתובת תחנת המשטרה: _____

عنوان مركز الشرطة: _____

3. האם הגשת או תגיש תביעה לפיצוי נזיקין?

هل قدمت أو تنوي تقديم دعوى للحصول على تعويضات نتيجة أضرار؟

לא כן, בתאריך: _____

כלא נעם, في تاريخ: _____

מיהו הנתבע: _____ מס' התיק: _____

من هو المدعى عليه: _____ رقم الملف: _____

4. עורך הדין המייצג אותך בתביעה:

المحامي الذي يملك في الدعوى:

שם: _____ טלפון: _____ טלפון נייד: _____

الإسم: _____ الهاتف: _____ الهاتف الخليوي: _____

כתובת: _____

العنوان: _____

5. האם קיבלת פיצוי נזיקין בגין התאונה?

هل تلقيت تعويضات عن أضرار ناتجة عن الحادث؟

טרם קיבלתי פיצוי קיבלתי פיצוי

لم أتلّق التعويضات بعد تلقيت التعويضات

בסך: _____ מאת: _____ בתאריך: _____

بقيمة: _____ من: _____ في تاريخ: _____

פרטי חשבון הבנק של התובע

تفاصيل حساب البنك التابع لمقدم الطلب

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:
أطلب بتحويل أي مبلغ أستحقه من مؤسسة التأمين الوطني بشأن هذا الطلب لحساب البنك المفصل أدناه:

שמות בעלי החשבון
أسماء أصحاب الحساب

שם הבנק إسم البنك	שם הסניף / כתובתו اسم الفرع/عنوانه	מס' סניף رقم الفرع	מספר חשבון رقم الحساب

אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.

أنا الموقع أدناه، شريك في حساب البنك التابع لحامل بطاقة هوية رقم _____ الإسم _____
ألتزم باستخدام مبلغ المنحة الذي سيحوّل إلى الحساب، لمصلحة متلقي المنحة.

סוג הקרבה שלי לתובע הגמלה: בן/בת זוג הורה בן/בת אח/אחות אחר: _____

صلة القرابة التي تربطني بمقدم طلب تلقي المخصّصات: زوجة والدة إبنة شقيق/ة آخر:

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.

ألتزم بإبلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أيّ تغيير قد يطرأ على هوية الشركاء في حساب البنك و/أو المفوضين في الحساب، والحصول على توقيعهم على استمارة حثلنة الحساب. أوافق بأنّ يقوم البنك من حين إلى آخر بتزويد مؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، بتفاصيل الشركاء والمفوضين، وذلك خلال فترة الاستحقاق أو بعدها.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

أوافق على قيام البنك بإعادة الأموال المودعة في حسابي لمؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، وذلك في حال قامت المؤسسة بتحويل مبلغ ما إلى حسابي بالخطأ أو بشكل غير قانوني، سواء كان كاملاً أو جزئياً. كما ويجوز للبنك تزويد المؤسسة بتفاصيل الأشخاص الذين قاموا بسحب الأموال.

x

x

חתימת/חתימות השותפים לחשבון
توقيع/تواقيع الشركاء في الحساب

חתימת מקבל התשלום
توقيع متلقي الدفعة

תאריך
التاريخ

ייתור סודיות

التنازل عن السريّة

ייתור סודיות יחתם על ידי התובע או אפוטרופוסו (אם מונה לו כזה).
 يتم التوقيع على وثيقة التنازل عن السريّة من قبل مقدّم الطلب أو الوصي (إن تم تعيين وصي)
 היתור מהווה תנאי הכרחי לטיפול בתביעה.
 يشكل التنازل شرطًا أساسيًا لمعالجة الطلب.

אני _____ הח"מ, מס' ת.ז. _____

אני _____ המועד אדנא, حامل بطاقة هوية رقم _____
 מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי,
 תוצאותי ו/או כל מידע אחר שיידרש על ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.
 أطلب بهذا تزويد مؤسسة التأمين الوطني أو مندوبيها بجميع المعلومات بشأن مرضي، حالتني الطبيّة، العلاج الذي تلقيتّه،
 نتائجه و/أو أيّ معلومات أخرى متعلّقة بي تطلب من قبلهم، و/أو أيّ مستند طبيّ خاص بي.

אני _____ הח"מ, מס' ת.ז. _____

אני _____ המועד אדנא, حامل بطاقة هوية رقم _____
 נתן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי למסור מידע רפואי וסוציאלי אודותי, הדרוש למתן טיפול במסגרת
 חוק ביטוח סיעוד, לחברי הועדה המקומית ועובדים הפועלים מטעמם וכן לנותן השירותים שיספק לי את שירותי
 הסיעוד.

أتيح بهذا لمؤسسة التأمين بتقديم جميع المعلومات الطبيّة والاجتماعيّة الخاصّة بي، والمطلوبة لتوفير الرعاية ضمن إطار قانون التأمين
 التمريضي، وذلك لأعضاء اللجنة المحليّة وموظفيها، إضافة لمزوّد الخدمات الذي سيوفّر لي خدمات التمريض.

אני מאשר בזה כי ידוע לי שמידע על מחלה מדבקת (אם קיימת) יימסר לנותן השירותים ולמטפלת מטעמו.
 أصادق بهذا بأنّي أعلم أنّ جميع المعلومات بشأن أيّ مرض معدٍ (إن وجد) يجب أنّ تقدّم لمزوّد الخدمات وللمساعدة الموظّفة من قبله.

תאריך _____ חתימת התובע ✕ _____

التاريخ _____ توقيع مقدّم الطلب ✕ _____

אם החותם אינו הזקן, יש לצרף צילום צו אפוטרופוס.
 إن كان صاحب التوقيع شخصًا آخرًا غير المسنّ، يجب إرفاق أمر الوصاية.

הצהרת התובע ו/או מגיש התביעה

تصريح المدعي و/أو مقدم الطلب

אני החתום מטה תובע גמלת סיעוד ומצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, הן עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

أنا الموقع أدناه مقدم طلب المنحة وأصرح بهذا بأن جميع التفاصيل التي قدمتها ضمن هذا الطلب وملاحقه صحيحة وكاملة. أعلم أن تزويد تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات يخالفان القانون، وأن الشخص الذي يؤدي، بالعلم أو الاحتيال، للمصادقة على دفع المخصّصات وفق هذا القانون، أو زيادتها عن طريق إخفاء تفاصيل ذات أهمية، سيعاقب بدفع غرامة أو بالسجن.

ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

أعلم أن أي تغيير في أحد تفاصيل هذا الطلب أو ملاحقه قد يؤثر على استحقاقي للمخصّصات أو على تراكم دين، لهذا ألتزم بالتبليغ عن أي تغيير خلال 30 يوم

כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

كما وألتزم بإبلاغ المؤسسة عن أي سفر إلى خارج البلاد لفترة تزيد عن 3 أشهر.

כמו כן, אני מצהיר בזה כי פרט להכנסות שצוינו לעיל אין לתובע ו/או לבן/בת זוג/ה הכנסות נוספות.

أصريح أيضا بأنه عدا عن المدخولات المذكورة أعلاه، لا توجد لمقدم الطلب أو زوجته/ها أي مدخولات إضافية.

x

חתימת התובע / מקבל הגמלה /

שם פרטי ומשפחה

תאריך

מגיש התביעה

الإسم الشخصي واسم العائلة

التاريخ

توقيع المدعي/متلقي المخصّصات/مقدم الطلب

למלא אם מגיש התביעה אינו התובע:

يجب تعبئة هذا البند إن كان مقدم الطلب شخصاً آخرًا غير المدعي:

<p>הקשר לתובע العلاقة مع المدعي</p> <p>טלפון קווי الهاتف الأرضي</p> <p>טלפון נייד الهاتف الخليوي</p>		<p>רחוב شارع</p> <p>מספר בית رقم المنزل</p> <p>כניסה مدخل</p> <p>דירה شقة</p> <p>יישוב البلدة</p> <p>מיקוד الرمز البريدي</p>	
<p>_____</p>		<p>_____</p>	
<p>_____</p>		<p>_____</p>	

שם החולה: _____
 إسم المريض: _____
 ת.ז.ס"ב _____
 رقم بطاقة الهوية. رقم المراقبة _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



המוסד לביטוח לאומי
 מינהל הגמלאות
 סיעוד
مؤسسة التأمين الوطني
 مديرية المخصصات
 تمریض

נספח א'

ملحق أ

מידע רפואי - בעקבות מגבלה חדשה וזמנית - ימולא על ידי הרופא המטפל (אין חובה למלא דף זה)

معلومات طبية- عقب محدودية جديدة وموقته- تتم تعبئة هذا البند من قبل الطبيب المعالج (تعبئة هذه الصفحة ليست إلزامية)

א. מצב קוגניטיבי - סמן אחת האפשרויות

الحالة الإدراكية- أشر إلى إحدى الإمكانيات

1. מתמצא בזמן ובמקום מדرك للزمان والمكان
2. הפרעה קלה בהתמצאות – או הפרעה חולפת اضطراب طفيف في الإدراك- أو اضطراب مؤقت.
3. הפרעה ניכרת בהתמצאות اضطراب ملحوظ في الإدراك
4. דמנציה – עם הפרעה בדיבור ובתפקוד היומי اختلال عقلي – مع اضطراب في الكلام والأداء اليومي.
5. אין מידע لا توجد معلومات

ב. תחילת ההגבלה המשמעותית בתפקוד יום יומי

بداية المحدودية الملحوظة في الأداء اليومي

- בשני החודשים האחרונים خلال الشهرين الأخيرين
- בתקופה שקדמה לחודשיים האחרונים خلال الفترة التي سبقت الشهرين الأخيرين
- אין מידע لا توجد معلومات

ג. המגבלה התפקודית עשויה לחלוף תוך חודשיים?

هل قد تزول هذه المحدودية الأدائية خلال شهرين؟

- כן, نعم לא, כלא אין מידע, لا توجد معلومات

הערות - ملاحظات:

שם הרופא	המרפאה/בית החולים
إسم الطبيب	العيادة/المستشفى
טלפון	
الهاتف	
תאריך	חתימה וחותמת
التاريخ	التوقيع والختم



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד
مؤسسة التأمين الوطني
مديرية المخصصات
تمرير

נספח ב

ملحق ب

מידע לצורך החלטה בזכאות לגמלת סיעוד (אין חובה למלא דף זה) – ימולא ע"י אחות/עו"ס (קופ"ח/רווחה) המעוניינים למסור מידע, לגבי תובעי גימלת סיעוד הנמצאים בטיפולם, על סמך היכרות

معلومات ضرورية لاتخاذ قرار بشأن استحقاق مخصصات التمريض (تعينة هذه الصفحة ليست إلزامية) - تتم تعينتها من قبل ممرضة/عامل/ة اجتماعي/ة (صندوق مرضي/قسم الرفاه) المعنيين بتقديم معلومات بشأن مقدم طلب تلقي مخصصات التمريض، وفق معرفتهم به.

פרטי הקשיש
تفاصيل المسن

שם משפחה إسم العائلة		שם פרטי الاسم الشخصي		מספר זהות ס"ב رقم بطاقة الهوية رقم المراقبة	
רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد		מס' בית رقم المنزل	כניסה مدخل	דירה شقة	יישוב البلدة
					מיקוד الرمز البريدي

מטפל עיקרי בזקן
المساعد الرئيسي للمسن

שם משפחה إسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	קירבה القراية	טלפון קווי/נייד الهاتف الأرضي/الخلوي

ימולא ע"י אחות/עו"ס
للتعينة من قبل الممرضة/العامل/ة الاجتماعي/ة

ימולא ע"י אחות קופ"ח
للتعينة من قبل ممرضة صندوق المرضى

א. סמן X ליד התפקוד המתאים أ. أشرب X بجانب الأداء الملائم		צ"ן מי עוזר أشرب إلى المساعد		א. סמן X ליד התפקוד המתאים أ. أشرب X بجانب الأداء الملائم	
<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> مستقل	ניידות التنقل	<input type="checkbox"/> עזרתי עם מכשיר <input type="checkbox"/> مستقل مع جهاز مساعد		<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה <input type="checkbox"/> يحتاج إلى مساعدة كاملة	
<input type="checkbox"/> הפרעה בזמן ובמקום <input type="checkbox"/> مدرك للزمان والمكان	התמצאות الإدراك			<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> يحتاج إلى مساعدة جزئية	
<input type="checkbox"/> הפרעה בזיכרון <input type="checkbox"/> اضطراب في الذاكرة				<input type="checkbox"/> נפילות <input type="checkbox"/> سقوط	
<input type="checkbox"/> הפרעה בהתמצאות <input type="checkbox"/> اضطراب في الإدراك	שיתוף פעולה التعاون			<input type="checkbox"/> שליטה מלאה <input type="checkbox"/> تحكم تام	הפרשות, שליטה על
<input type="checkbox"/> משתף פעולה <input type="checkbox"/> متعاون				<input type="checkbox"/> שליטה חלקית <input type="checkbox"/> تحكم جزئي	סוגרים إفرازات, التحكم
<input type="checkbox"/> משתף פעולה על ידי דרבון <input type="checkbox"/> يتعاون بواسطة التحفيز	תקשורת الاتصال			<input type="checkbox"/> אי שליטה <input type="checkbox"/> لا يمكن التحكم	بالعضلتين العاصرتين
<input type="checkbox"/> לא משתף פעולה <input type="checkbox"/> لا يتعاون				<input type="checkbox"/> משתמש במוצרי ספיגה <input type="checkbox"/> يستخدم منتجات لامتصاص	
<input type="checkbox"/> מבין ומדבר לעניין <input type="checkbox"/> يفهم ويتكلم بشكل واع					
<input type="checkbox"/> מבין אך מתקשה בדיבור <input type="checkbox"/> يفهم لكنه يواجه صعوبات عند الكلام					
<input type="checkbox"/> לא ניתן לתקשר <input type="checkbox"/> لا يمكن التواصل معه					

<p>ב. מצבי התנהגות חריגים ותכיפותם (כגון: נטיה לשוטטות ואיבוד דרך, הוצאה לא מבוקרת של כספים, הצתת אש, התמכרות לסם/אלכוהול, הזנחה עצמית, אספנות כפייתית, מצב משפחתי/חברתי חריג) פרט: _____</p>		<input type="checkbox"/> פיום (סטומה) <input type="checkbox"/> סטומא	
<p>ב. سلوكيات شاذة ووتيرة حدوثها (على سبيل المثال: ميل للتشرّد وعدم إيجاد الطريق، صرف الأموال دون سيطرة، إشعال النار، الإدمان على المخدرات/الكحول، إهمال ذاتي، ادّخار وسواسي، وضع عائلي/اجتماعي شاذ) الرجاء التفصيل: _____</p>	<input type="checkbox"/> קטטר <input type="checkbox"/> قسطرة	<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> يحتاج إلى مساعدة جزئية <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה <input type="checkbox"/> يحتاج إلى مساعدة كاملة	הלבשה ارتداء الملابس רחיצה الاغتسال
<p>ג. אפוטרופוס: ג. وصي: <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> מונה אפוטרופוס <input type="checkbox"/> בתהליך מינוי <input type="checkbox"/> לא يوجد <input type="checkbox"/> تم تعيين وصي <input type="checkbox"/> تتم حالياً إجراءات التعيين</p>	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> يحتاج إلى مساعدة جزئية	<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> مستقل	
<p>ד. מקבל (מארגון של ממלא הטופס) שירותי: ד. يتلقى خدمات (من مؤسسة معبى الاستمارة): <input type="checkbox"/> טיפול אישי בבית. סוג: _____ <input type="checkbox"/> רعاية شخصية في المنزل. النوع _____ <input type="checkbox"/> טיפול במרכז טיפולי. סוג: _____ <input type="checkbox"/> رعاية في مركز للرعاية: _____</p>	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> يحتاج إلى مساعدة جزئية	<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> مستقل	אכילה تناول الطعام <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> يحتاج إلى مساعدة جزئية <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה <input type="checkbox"/> يحتاج إلى مساعدة كاملة
<p>ה. הערות ه. ملاحظات _____ _____ _____</p>	<input type="checkbox"/> פצע לחץ קשה לריפוי <input type="checkbox"/> قرحة ضغط صعبة العلاج	<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> مستقل	מצב העור حالة الجلد <input type="checkbox"/> ירידה ניכרת במשקל <input type="checkbox"/> انخفاض ملحوظ في الوزن
<p>ו. מצ"ב (אבחון, דו"ח, חו"ד וכדומה) و. مرفق بذلك (تشخيص، تقرير، تقييم وما شابه) _____ _____ _____ _____</p>	<p>ז. ביקור במרפאה ב. زيارة العيادة <input type="checkbox"/> מגיע למרפאה בכוחות עצמו <input type="checkbox"/> يأتي إلى العيادة بقواه الذاتية <input type="checkbox"/> מגיע למרפאה עם מלווה <input type="checkbox"/> يأتي إلى العيادة مع مرافق <input type="checkbox"/> הוגדר כמרותק ולא מגיע למרפאה <input type="checkbox"/> معرف كمتعد ولا يأتي إلى العيادة</p> <p>יש לציין תדירות וסיבה: _____ يجب الإشارة إلى الوتيرة والسبب: _____</p>		
	<p>ג. תרופות ג. أدوية <input type="checkbox"/> לוקח באופן עצמאי <input type="checkbox"/> לוקח באופן לא סדיר <input type="checkbox"/> يتناول الأدوية بشكل مستقل <input type="checkbox"/> يتناول الأدوية بشكل غير منتظم <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה: _____ <input type="checkbox"/> يحتاج إلى مساعدة: _____</p>		

פרטי מוסר המידע تفاصيل مزود المعلومات																		
הארגון المؤسسة	תפקיד الوظيفة	שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	טלפון קווי/נייד الهاتف الأرضي/الخلوي														
				<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>														
תאריך التاريخ	<p>_____ חתימת וחתימת</p> <p>_____ התوقيع والختم</p>																	



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד
מוססה التأمين الوطني
مديرية المخصصات
تمريض

נספח ג'

ملحق ج

שם הנבדק: _____
 اسم الشخص الخاضع للفحص: _____
 שנת לידה: _____
 تاريخ الميلاد: _____
 ת.ז. _____
 رقم بطاقة الهوية _____

לשימוש פנימי בלבד (סריקה) للاستخدام الداخلي فقط (לلفحص)

מס' זהות / דרכון _____
 رقم بطاقة الهوية/جواز السفر _____

סוג המסמך _____
 نوع المستند _____

דפים אוראק _____
 أوراق _____

0 8

הערכת תפקוד בפעולות היום יום על ידי רופא מומחה בגריאטריה למי שמלאו לו 90 שנה ויותר

تقييم أداء المهام اليومية من قبل طبيب مختص في طب المسنين للأشخاص الذين بلغوا سن ال 90 عام.

לרופא – נא הקף בעיגול בכל סעיף בשורה העליונה, במקום המתאים על פני הרצף. על הציון לבטא צורך בעזרה שהנבדק זקוק לה בדרך כלל הן מסיבות של מגבלה מוטורית והן מסיבות של מגבלה מנטאלית. للطبيب- الرجاء وضع دائرة في كل بند حول الرقم المناسب في السلسلة الموجودة في السطر العلوي. التدرج يجب أن يشير إلى مدى احتياج الشخص الخاضع للفحص إلى المساعدة بسبب محدودية حركية أو محدودية عقلية

1. נידות – יש להתייחס לתנועה בתוך הבית בלבד
التنقل- يجب التنظر إلى التنقل فقط داخل المنزل.

7	6	5	4	3	2	1
מרותק לכסא/למיטה, תלוי לחלוטין באדם אחר	מעמד ודائم الجلوس في الكرسي المتحرك/ الاستلقاء في السرير ومتعلق كليًا بشخص آخر	נייד בעזרת מכשיר או בלעדיו, אך זקוק לעזרת אדם אחר, או זקוק להכוונה בשל חוסר תובנה או עיוורון, או עצמאי בשימוש בכסא גלגלים כולל מעברים	ינתל באستخدام/دون استخدام جهاز ما/ لكنه يحتاج للمساعدة من قبل شخص آخر, أو يحتاج للتوجيه بسبب المحدودية العقلية أو العمى/ أو مستقل بواسطة استخدام كرسي متحرك والتنقل بين المعابر	עצמאי בניידות בעזרת מכשיר או בלעדיו, ללא מאמץ או במאמץ קל	ינתל באستقلالية باستخدام/دون استخدام جهاز ما, دون جهد أو ببذل جهد قليل	

2. נפילות
سقوط

7	6	5	4	3	2	1
נופל בתדירות גבוהה לפחות אחת לשבוע ואינו קם לבדו	يسقط كثيرا، بمعدل مرة واحدة في الأسبوع على الأقل ولا ينهض بقواه الذاتية	נופל בתדירות נמוכה כפעם בחודש בממוצע בשלושת החודשים האחרונים ואינו קם לבדו, או נפל פעמיים בחודש האחרון ואינו קם לבדו	يسقط بوتيرة منخفضة، بمعدل مرة واحدة في الشهر خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة ولا يستطيع النهوض بقواه الذاتية، أو سقط مرتين خلال الشهر الأخير ولم ينهض بقواه الذاتية	אינו נופל, או נופל לעיתים רחוקות, או נופל וקם ללא עזרה	لا يسقط، أو يسقط بفترات متباعدة، أو يسقط وينهض دون مساعدة	

3. הלבשה
ارتداء الملابس

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה בהלבשת מכנס/חולצה, פרוטזה, הכוונה צמודה בשל חוסר תובנה	يحتاج إلى المساعدة في ارتداء البنطلون/القميص، وضع أحد الأطراف الإصطناعية (ذراع/رجل)، توجيه دائم بسبب محدودية عقلية	זקוק לסיוע או דרבון קל בהלבשה (לכפתר, לגרוב גרביים, לבחור בגד, אביזר אורטופדי)	يحتاج إلى القليل من المساعدة أو التحفيز لارتداء ملابسه (التزير، ارتداء الجوارب، اختيار الملابس، وضع معذات متعلقة بالعلاج العظمي)	מתלבש ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל	يرتدي ملابسه دون مساعدة، دون جهد أو ببذل جهد قليل	

4. רחצה
اغتسال

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה מלאה כולל רחצת פנים, או מסרב בשל חוסר תובנה	עצמאי ברחצת פנים אך זקוק לעזרה פעילה או הכוונה צמודה ברחצת פלג גוף עליון/תחתון	זקוק לסיוע / דרבון קל ברחצה (כניסה למתקן הרחצה, נוכחות, חפיפת ראש, רחצת כפות רגלים)	מתרחץ ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל			

<p>יגנטל דון מساعدة، دون جهد أو ببذل جهد قليل</p>	<p>يحتاج إلى القليل من المساعدة أو التحفيز للاغتسال (إدخاله إلى حوض الاستحمام، التواجد برفقته، غسل الرأس، غسل القدمين)</p>	<p>يستقل في غسل الوجه لكنه يحتاج إلى المساعدة الفعالة أو التوجيه الدائم لغسل القسم العلوي/السفلي من جسده</p>	<p>يحتاج إلى مساعدة كاملة بما في ذلك غسل الوجه، أو يرفض بسبب المحدودية العقلية</p>
---	---	--	--

5. אכילה ושתייה - تناول الطعام والشراب						
1	2	3	4	5	6	7
<p>אוכל ושותה ללא עזרה כולל חימום והגשת מנת מזון, ללא מאמץ או במאמץ קל</p> <p>יتناول الطعام والشراب دون مساعدة, بما في ذلك تسخين وتقديم وجبة طعام, دون جهد أو ببذل جهد قليل</p>	<p>זקוק לסיוע בנטיילת תרופות, עיוורון מוחלט, אינו מחמם או מגיש לעצמו מנת מזון</p> <p>יحتاج إلى المساعدة في تناول الأدوية, كيف, لا يقوم بتسخين وتقديم وجبة الطعام لنفسه</p>	<p>זקוק לעזרה בהאכלה (או שתייה), או מסרב בשל חוסר תובנה</p> <p>יحتاج إلى المساعدة في تناول الطعام (או الشراب), או يرفض بسبب محدودية عقلية</p>	<p>תלוי לחלוטין בכל פעולות האכילה כולל שתייה</p> <p>מתעלّق تماماً بالآخرין لأداء جميع المهام المتعلقة بالطعام, بما في ذلك الشراب</p>			

6. הפרשות - סיוע לטיפול בהפרשות - الإفرازات - مساعدة في التعامل مع الإفرازات						
1	2	3	4	5	6	7
<p>עצמאי בכל הקשור לטיפול בהפרשות</p> <p>מستقل بكل ما يتعلق بالتعامل مع الإفرازات</p>	<p>זקוק לסיוע קל (ריקון בקבוק, החתלה או ליווי בלילה)</p> <p>יحتاج إلى القليل من المساعدة (تفريغ العبوة, وضع الحفاظات أو المرافقة خلال الليل)</p>	<p>משתמש בשירותים/אביזרים אך זקוק לעזרה באחת מהפעולות: ניידות, הלבשת חלק תחתון, היגיינה אישית</p> <p>يستخدم الحمام/الوسائل البديلة لكنه يحتاج إلى المساعدة في إحدى المهام: التنقل, ارتداء اللباس الداخلي, النظافة الشخصية</p>	<p>זקוק לעזרה בהאכלה (או שתייה), או מסרב בשל חוסר תובנה</p> <p>يحتاج إلى المساعدة في تناول الطعام (أو الشراب), أو يرفض بسبب محدودية عقلية</p>	<p>משתמש בשירותים/אביזרים אך זקוק לעזרה בשלושת הפעולות</p> <p>يستخدم الحمام/الوسائل البديلة لكنه يحتاج إلى المساعدة في أداء ثلاث مهام</p>	<p>משתמש בשירותים/אביזרים אך זקוק לעזרה בשלושת הפעולות</p> <p>يستخدم الحمام/الوسائل البديلة لكنه يحتاج إلى المساعدة في أداء ثلاث مهام</p>	<p>אינו שולט בשני הסוגרים ותלוי לחלוטין בכל הפעולות (ניידות, הלבשה וטיפול בהיגיינה אישית)</p> <p>غير متحكم بالعضلتان العاصرتان ومتعلق تماما بالآخرين لأداء جميع المهام (التنقل/ ارتداء الملابس والاهتمام بالنظافة الشخصية)</p>

7. השגחה - الإشراف/المراقبة						
1	2	3	4	5	6	7
<p>אינו מסכן את עצמו או את סביבתו</p> <p>لا يعرض نفسه والمحيطين به للخطر</p>	<p>זקוק להשגחה בביצוע פעולות היום ויש ירידה בתובנה ובזיכרון, אך ניתן להשאירו לבדו לפרקי זמן מסוימים</p> <p>يحتاج لإشراف خلال تنفيذ المهام اليومية, قلة الوعي وضعف الذاكرة, ولكن بالإمكان تركه وحيدا لفترات محدّدة</p>	<p>מסכן את עצמו או את סביבתו לבד לפרקי זמן קצרים</p> <p>يعرض نفسه أو المحيطين به للخطر ولا يجوز تركه وحيدا حتى لفترات زمنية قصيرة</p>	<p>זקוק להשגחה בביצוע פעולות היום ויש ירידה בתובנה ובזיכרון, אך ניתן להשאירו לבדו לפרקי זמן מסוימים</p> <p>يحتاج لإشراف خلال تنفيذ المهام اليومية, قلة الوعي وضعف الذاكرة, ولكن بالإمكان تركه وحيدا لفترات محدّدة</p>	<p>מסכן את עצמו או את סביבתו לבד לפרקי זמן קצרים</p> <p>يعرض نفسه أو المحيطين به للخطر ولا يجوز تركه وحيدا حتى لفترات زمنية قصيرة</p>	<p>מסכן את עצמו או את סביבתו לבד לפרקי זמן קצרים</p> <p>يعرض نفسه أو المحيطين به للخطر ولا يجوز تركه وحيدا حتى لفترات زمنية قصيرة</p>	<p>מסכן את עצמו או את סביבתו לבד לפרקי זמן קצרים</p> <p>يعرض نفسه أو المحيطين به للخطر ولا يجوز تركه وحيدا حتى لفترات زمنية قصيرة</p>

הצהרה ופרטי מוסר המידעת - تصريح وتفاصيل مقدّم المعلومات

בחר באחת מהאפשרויות

اختر إحدى الإمكانات التالية

מילאתי טופס זה ע"ס בדיקתי והערכה גריאטרית שערכתי, במוסד הרפואי/מרפאה _____ בתאריך _____

צמט בתעינת זה האסתמارة اعتمادا على الفحص والتقييم الذي أجرته, كأخصائي طب المسنين في المركز الطبي _____ في تاريخ _____

מילאתי טופס זה ע"ס הערכה גריאטרית של ד"ר _____ בתאריך _____ ובדיקה שלי בתאריך _____

צמט בתעינת זה האסתמارة اعتمادا على تقييم أخصائي طب المسنين _____ في تاريخ _____ واعتمادا على الفحص الذي أجرته في تاريخ _____

שם הרופא _____ תחום ההתמחות _____ שם מוסד הרפואי/מרפאה _____

إسم الطبيب _____ مجال التخصص _____ إسم المركز الطبي/ العيادة الطبية _____

חתימה _____ חותמת _____

التوقيع: _____ الختم _____