נספח ג / 2

טופס מילוי פרטי בן/בת זוג של המתאשפז/ת

א. פרטי המתאשפז/ת:

שם פרטי:	שם משפחה:	ת.ז.:

ב. פרטי בן/בת הזוג:

שם פרטי:		שם משפחה:		ת.ז.:
כתובת				
רחוב:	מס':	עיר:	מיקוד:	ת.ד.:
טלפונים				
בית:	עבודה:		נייד:	

ג. חשבונות הבנקים של בן/בת הזוג:

חשבון 1		חשבון 2		חשבון 3	
חשבון בנק מספר		חשבון בנק מספר		חשבון בנק מספר	
בנק	סניף	בנק	סניף	בנק	סניף

הערות:

מורשי חתימה בחשבונות הבנק של בן/בת הזוג (פרט לבעל/ת החשבון)

1	שם		ת.ז.		כתובת	
	מס'חשבון		בנק		סניף	
	טלפון בבית		טלפון נייד			
2	שם		ת.ז.		כתובת	
	מס'חשבון		בנק		סניף	
	טלפון בבית		טלפון נייד			
3	שם		ת.ז.		כתובת	
	מס' חשבון		בנק		סניף	
	טלפון בבית		טלפון נייד			

ד. הרכב נכסים כספיים והכנסות:

רכיב		חשבון 1	חשבון 2	חשבון 3
הכנסות שוטפות (בש"ח)				
1	משכורת			
2	פנסיה			
3	גמלה מביטוח לאומי			
4	אחר			
סה"כ בש"ח				
נכסים פיננסיים (בש"ח)				
1	ע"ש			
2	פקדונות קצרי מועד			
3	תוכניות חיסכון			
4	חשבון מט"ח			
5	מניות / אג"ח			
6	אחר			
סה"כ בש"ח				

הערות: יש לצרף אסמכתאות לכל הנ"ל

_____

_____

ה. פרטים משלימים

1. פרטי רישום בעלות במקרקעין לפי נסח טאבו/אישור מינהל מקרקעי ישראל

	תאור הנכס	כתובת	גוש	חלקה	תת-חלקה
1					
2					
3					

* יש לצרף נסח טאבו/אישור מינהל מקרקעי ישראל

2. פרטי כלי רכב בבעלות בן/בת הזוג

	יצרן הרכב ודגם	מספר רישוי	שנת יצור
1			
2			
3			

3. פרטי מקומות עבודה של בן/בת הזוג

	מקום עבודה	כתובת	טלפון	פקס
1				
2				
3				

שם הפקידה: _____

מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
לשכת הבריאות מחוז תל-אביב

MINISTRY OF HEALTH
TEL-AVIV DISTRICT HEALTH OFFICE

תצהיר

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 סך השתתפותי בעלות האישפוז שנקבע על פי שאלון זה.

_____ _____
תאריך חתימה

אישור

אני עורך דין _____ מאשר כי ביום _____

הופיע/ה בפני גב'/גב' _____ שהזדהה/תה בתעודת זהות

מספר _____ ולאחר שהזהרתיו/ה כי עליו/ה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק.

אישר/ה את נכונות תצהיריו/ה

_____ _____
חותמת עורך דין

* על התצהיר יחתום החולה או בן/בת זוגו או אפוטרופוס או בן בגיר/בת בגירה לאחר שחקרו ולמדו היטב את הכנסות ורכוש ההורים.

450-43

12 Ha'arba'ah St.
P.O.B. 20301, Tel-Aviv 6120101
Fax. 03-5611532 פקס. Tel. 03-5684848 טל.
http://www.health.gov.il/tel-aviv/
רח' הארבעה 12
ת.ד. 20301, תל-אביב 6120101

לאוטמן 2013