מעודכן ל- 6.2.17

מדינת ישראל
משרד הבריאות

נוהל זכאות אחוד		האגף לגריאטריה
חלק 4 - נספחים	עמוד : 39	תאריך עדכון אחרון 10/05/20054

נספח ג / 1

טופס מילוי פרטי המתאשפז/ת

א. פרטי המתאשפז/ת :

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

ב. חשבונות הבנקים של המשלם :

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 המאושפז/ת (פרט למתאשפז/ת עצמו/ה)

| | | | | | | | | | | |

ג. <u>הרכב נכסים כספיים והכנסות</u> :

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	עו"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

_____

_____

_____

_____

ד. <u>פרטים משלימים</u>

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

	תאור הנכס	כתובת	גוש	חלקה	תת-חלקה
1					
2					
3					

* יש לצרף נסח טאבו/אישור מינהל מקרקעי ישראל

2. <u>פרטי כלי רכב בבעלות המתאשפז/ת</u>

	יצרן הרכב ודגם	מספר רישוי	שנת יצור
1			
2			
3			

שם הפקידה : _____

לשכה : _____

1
2

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 כל הנאמר בשאלון ההצהרה זה הוא אמת וידוע לי כי סך השתתפותי בעלות האישפוז נקבע על פי שאלון זה.

_____ _____

תאריך חתימה

אישור

אני עורך דין _____ מאשר כי ביום _____

הופיע/ה בפני מר/ 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.