

**שאלון הצהרה של החולה ובן/בת הזוג**  
**לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי-הכרוני**

**1. פרטי החולה ובן / בת זוג/ה:**

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז. (9 ספרות)	שנת לידה	מצב משפחתי
בן/בת הזוג: שם _____ ת.ז. _____ (9 ספרות) שנת לידה _____				

**2. מען החולה ובן / בת זוג/ה:**

שם הישוב: \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מס' בית \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_  
 מס' טלפון: \_\_\_\_\_

**3. סוג המגורים (סמן X במשבצת המתאימה)**

<input type="checkbox"/> דירה בבעלות <input type="checkbox"/> דירה בשכר דירה <input type="checkbox"/> דירת קרובים	<input type="checkbox"/> מוסד (שם המוסד) _____ <input type="checkbox"/> דירה שכורה מוגנת <input type="checkbox"/> מושב שיתופי / קיבוץ
---	---

**4. פרטי מקום העבודה של בן / בת זוג החולה:**

שם מקום העבודה \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_  
 מס' טלפון \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_

**פרטים על ההכנסות והרכוש של החולה ובן / בת זוגו (נא לסמן את כל הסעיפים)**

ה ע ר ו ת	הכנסות בן/בת זוג		הכנסות החולה		מקור ההכנסה
	הכנסה לחודש ברוטו	סמן X במשבצת המתאימה	הכנסה לחודש ברוטו	סמן X במשבצת המתאימה	
		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	עבודה שכירה *
		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	עצמאי **
		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	קיצבת ביטוח לאומי *** (פרט את סוג הקצבה)
		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	פנסיה בישראל
		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	פנסיה / רנטה / שילומים מחוץ לארץ
		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	תגמולים ממשרד הבטחון
		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	תגמולים ממשרד האוצר לנפגעי נאצים
		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	דמי שכירות עבור בית/ דירה/ נכס
		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	ריבית מכל מקור שהוא
		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	ביטוח סיעודי ****
		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	הכנסה מכל מקור שהוא

## פרטים על רכוש והון החולה ו /או בן/בת הזוג

פרטי רכוש והון	ערך כספי על פי הרשום בבנק
ניירות ערך, אגרות חוב	
תוכנית חסכון, פקדונות שקליים ומט"ח	
רכוש אחר, או הכנסה אחרת מכל מקור שהוא	

\* יש לצרף תלושי משכורת / פנסיה של 3 החודשים האחרונים.

\*\* יש לצרף שומת מס הכנסה אחרונה.

\*\*\* יש לצרף אישור המוסד לביטוח לאומי על סוג הקצבה וגובה הקצבה ב- 3 החודשים

האחרונים.

\*\*\*\* יש להחתים טופס ייפוי כח למתן מידע בנושא ביטוח סיעודי (רצ"ב).

## ת צ ה י ר

אני החתום מטה \_\_\_\_\_ בעל/ת תעודת זהות מס' \_\_\_\_\_  
בן/בת זוגו, בן/בת, מיופה כח, אפוטרופס/ית, אחר \_\_\_\_\_ של המועמד/ת  
לאשפוז.

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 הצהרה זה, ובהתאם לידיעתי  
האישית הוא אמת וידוע לי כי סך ההשתתפות בעלות האשפוז יקבע על פי שאלון זה.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

## א י ש ו ר

אני עו"ד \_\_\_\_\_ מאשר/ת כי ביום \_\_\_\_\_ הופיע/ה בפני  
מר / גב' \_\_\_\_\_ שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' \_\_\_\_\_  
ולאחר שהוזהרתי/וה 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 \_\_\_\_\_