

הצהרת המטופל ובן/בת הזוג

קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי

פרטי המטופל

שם פרטי: שם משפחה:

ת"ז: תאריך לידה:

שנה חודש יום

מצב משפחתי (יש לסמן ב-V את האפשרות הליוונטית):

נשוי אלמן גרוש רווק פרוד ידוע בציבור

המטופל שוהה עתה (יש לסמן ב-V את האפשרות הליוונטית):

בבית בבית חולים בבית אבות אחר | פרט:

פרטי הדירה בה מתגורר או התגורר המטופל (יש לסמן ב-V את האפשרות הליוונטית):

* לכל אחד מהמקרים הנ"ל, יש לצרף אישור מעמד הדירה

דירה בבעלות דירה בשכירות דירת קרובים מושב שיתופי/קיבוץ

דירה בשכירות מוגנת (דמי מפתח) אחר | פרט:

כתובת הדירה:

עיר: רחוב:

מספר בית: מספר דירה: מיקוד:

פרטי המטופל:

שם פרטי: שם משפחה: תעודת זהות:

פרטי בן/בת הזוג

שם פרטי: שם משפחה:

ת"ז: תאריך לידה:

שנה חודש יום

פרטי התקשרות:

מספר טלפון: מספר נייד: מספר פקס:

כתובת דוא"ל:

האם מאשר/ת קבלת תזכורות/סטטוסים במייל: כן לא

האם מאשר/ת קבלת תזכורות/סטטוסים ב-SMS: כן לא

כתובת למשלוח דואר:

עיר: רחוב:

מספר בית: מספר דירה:

מיקוד: ת"ד:

ישוב ת"ד: מיקוד ת"ד:

פרטי המטופל:

שם פרטי: שם משפחה: תעודת זהות:

מספר ילדים של המטופל עד גיל 21: * יש לצרף צילום ספח תעודת זהות עם פרטי הילדים

מקורות הכנסה של המטופל ובן/בת הזוג (יש להקיף את האפשרות הרלוונטית):
 * חובה למלא את כל הסעיפים

מקור הכנסה	המטופל	לחודש מטופל ברוטו	בן/בת זוג	לחודש בן/בת זוג ברוטו	הערות
עבודה שכירה יש לצרף 3 תלושי שכר אחרונים	כן לא		כן לא		
עצמאי יש לצרף שומת מס סופית ואחרונה	כן לא		כן לא		
קצבת ביטוח לאומי (למעט קצבת ילדים) יש לצרף אישור גובה הקצבה מביטוח לאומי	כן לא		כן לא		
פנסיה מכל מקור שהוא בארץ ובחו"ל יש לצרף אישורי הכנסה	כן לא		כן לא		
הכנסה ממוזנות יש לצרף אישורים רלוונטיים	כן לא		כן לא		
תגמולים ממשד הביטחון יש לצרף אישורי הכנסה	כן לא		כן לא		
תגמולים ממשד האוצר לנפגעי נאצים יש לצרף אישורי הכנסה	כן לא		כן לא		
הכנסות חודשיות משכירות דירה, נכס, עסק וכדומה יש לצרף חוזה שכירות	כן לא		כן לא		
ריבית מכל מקור שהוא יש לצרף אישורים רלוונטיים	כן לא		כן לא		
הכנסה נוספת מכל מקור שהוא יש לצרף אישורים רלוונטיים	כן לא		כן לא		

פרטי המטופל:

שם פרטי:

שם משפחה:

תעודת זהות:

פרטים על רכוש והון המטופל ו/או בן בת הזוג

סמן בעיגול	
כן לא	פרטי הון (ניירות ערך, אגרות חוב, תכניות חסכון, קופות גמל ופיקדונות שקלים ומט"ח וכיו"ב)
כן לא	פרטי רכוש (נכסי מקרקעין או רכוש אחר מעבר לדירת המגורים)

בנוסף יש לצרף:

- צילום תעודות זהות של שני בני הזוג, כולל ספח
- תדפיס חשבונות עובר ושב של שלושת החודשים האחרונים, מכל חשבונות הבנק של המטופל ובן/בת הזוג.
- תדפיס ריכוז חסכונות מעודכן מסניפי הבנקים בהם מתנהלים החשבונות
- אם סומן הערך 'לא' תחת "פרטי הון" בטבלה לעיל, יש להמציא אישור מהבנקים על כך שלא קיימים חסכונות ופקדונות
- אישור זכויות (נסח טאבו, אישור רשות המקרקעין וכיו"ב)
- דירה בבעלות, שלא מתגוררים בה בן/בת זוג או תלויים - יש לצרף שתי הערכות שווי שכ"ד של מתווך או שמאי מקרקעין מורשה.

יש לצרף מסמכים על הוצאות בן/בת הזוג של המטופל שנשאר בבית:

1. ארנונה שנתית
2. תשלומי משכנתא
3. שכר דירה
4. דמי חכירה
5. תשלום ביטוח רפואי משלים של בן/בת הזוג
6. תשלומי מזונות
7. שכר טרחה של אפוטרופוס

פרטי המטופל:

שם פרטי:	שם משפחה:	תעודת זהות:

ת צ ה י ר

אני החתום מטה _____ נושא/ת 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 האמור בשאלון הצהרה זה, ובהתאם לידיעתי האישית הוא אמת וידוע לי כי סך ההשתתפות בעלות האשפוז יקבע על פי שאלון זה.

חתימה	תאריך
-------	-------

א י ש ו ר

אני עו"ד _____ מאשר/ת כי ביום _____ הופיע/ה בפני מר / גב' _____ שהזדהה/תה בתעודת זהות _____ ולאחר שהזהרתי/וה כי עליו/ה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

עורך הדין	חותמת
-----------	-------

על התצהיר יחתום החולה או בן/בת זוגו או אפוטרופוס או בן/בת בגיר/בגירה לאחר שחקרו ולמדו היטב את הכנסות ורכוש ההורים. ניתן לחתום על תצהיר בפני עו"ד או בפני מזכיר ביהמ"ש או אחד מהמנויים בסעיף 15 לפקודת הראיות (נוסח חדש) תשל"א 1971.

חתימה על תצהיר תתבצע עם הצגת תעודת זהות בלבד.