

הצהרת בן/בת המטופל

קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי

למילוי ע"י כל ילדי המטופל שהינם מעל גיל 21

**פרטי המטופל**

שם פרטי:

שם משפחה:

ת"ז:

**פרטי בן/בת המטופל**

שם פרטי:

שם משפחה:

ת"ז:

תאריך לידה:

שנה      חודש      יום

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

נשוי     אלמן     גרוש     רווק     פרוד     ידוע בציבור

**מקום העבודה:**

שם מקום העבודה:

כתובת:

תפקיד:

מספר טלפון:

**פרטי המטופל:**

שם פרטי:  שם משפחה:  תעודת זהות:

**פרטי התקשרות בן/בת המטופל**

**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 בן/בת הזוג**

שם פרטי:  שם משפחה:

ת"ז:  תאריך לידה:

שנה חודש יום

כן  לא

**האם קיימת לבן/בת הזוג הכנסה מכל מקור שהוא כולל קצבאות ביטוח לאומי (למעט קצבת ילדים)**



**פרטי המטופל:**

שם פרטי:

שם משפחה:

תעודת זהות:

**פרטים על הכנסות של בן/בת המטופל (יש להקיף את האפשרות הרלוונטית):**

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

**אם קיימות הוצאות בגין משכנתא ו/או שכר דירה, יש להמציא את האישורים הבאים:**

- תשלומי משכנתא (אישור מבנק למשכנתאות על גובה ההלוואה, גובה החזר החודשי ומועד גמר המשכנתא)
- תשלום שכר דירה (חוזה שכירות עדכני)



פרטי המטופל:

שם פרטי:

שם משפחה:

תעודת זהות:




## תצהיר בן / בת המטופל

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 \_\_\_\_\_ שהזדהה/תה בתעודת הופיעה/ה בפני מר / גב' \_\_\_\_\_ ולאחר שהזהרתי/וה כי עליו/ה להצהיר את האמת וכי לא אעשה/תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

---

 עורך הדין

---

 חותמת

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.