



מועצה אזורית
עמק-יזרעאל

| 6520068-4-153 פקס | 7/6520066-04 טלפון | sarit@eyz.org.il

טופס הצהרה

טופס זה מיועד להגשת בקשות לסיוע מהאגף בהתאם להוראות משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים.
חלק מהבקשות דורשות השתתפות עצמית של הלקוח

לכבוד
אגף קהילה ורווחה
מועצה איזורית עמק יזרעאל

אני הח"מ _____ מס' ת"ז _____ ישוב _____

שם בן/בת הזוג (אם יש) _____ מס' ת"ז _____ טלפון _____

פונה בבקשה לסיוע ב:

1. _____ עבור: _____
2. _____ עבור: _____
3. _____ עבור: _____

במסגרת פנייתי לאגף קהילה ורווחה אני מצהיר/ה בזאת:

1. כל הפרטים הנמסרים על ידי נכונים ומדויקים.
2. **מצבי המשפחתי:**
 - נשוי/אה / גרושה / אלמן/ה / רווק/ה / אחר (סמני בעיגול)
 - מס' ילדים עד גיל 18 (כיתה י"ב)/בשירות סדיר בצה"ל/בשירות לאומי _____.
3. **נכסים על שמי** (סמני בעיגול): אין ברשותי נכסי נדל"ן / ברשותי נכסי נדל"ן בשיעור _____.
4. **הכנסותיי הן** (סמני בעיגול): משכר עבודה, מפנסיה, מקצבאות, מהשכרת נכס, סכום מזונות _____ (מקבל/משלם) אחר (פרט/י) _____.
5. **הכנסות בן/בת הזוג** (סמני בעיגול): משכר עבודה, מפנסיה, מקצבאות, מהשכרת נכס, סכום מזונות _____ (מקבל/משלם), אחר (פרט/י) _____.
6. **עדכון פרטים:** אני מתחייב/ת להודיע לאגף על כל שינוי בסעיפים 2, 3 ו-4 לעיל, בכתב ובתוך חודש מיום השינוי.
7. **אימות פרטים:**

- ידוע לי כי אם יימצא שהעובדות שמסרתי במסגרת הצהרתי זו הינן כוזבות, או יימצא כי העלמתי פרטים או עשיתי קנוניה עם אדם אחר וכל זאת בנוגע לסיוע חומרי מבוקש, אהיה צפוי לעונשים בהתאם לתקנה 7 לתקנות שירותי הסעד (פנייה למתן סעד או טיפול סוציאלי) תשכ"ז – 1967. כמו כן, האגף יהיה רשאי להפסיק את הסיוע שניתן לי ולגבות חזרה את עלות השירות שניתן.



| 6520068-4-153 פקס | 7/6520066-04 טלפון | sarit@eyz.org.il קהילה ורווחה, אגף

- ידוע לי כי על פי חוק שירותי הסעד, התשי"ח – 1958 בסמכותו של עובד סוציאלי שמונה לפי אותו חוק לבדוק אותי וכל אדם אחר בדבר מצבי ובכלל זה בנוגע להצהרותי לעיל.

8. ידוע לי כי כל סיוע המתקבל מהאגף מותנה ב :

- חתימה על טופס הצהרת מחויבות הדדית כהסכמה לתכנית ההתערבות.
- המצאת פרטים ומסמכים רלוונטיים, עדכניים ומדויקים על ידי.
- קריטריונים הנקבעים על ידי משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים לאותו עניין.
- סדרי עדיפות תקציביים של אגף קהילה ורווחה.
- התחייבותי לשלם את גובה ההשתתפות העצמית שייקבע לי בהתאם למבחני הזכאות הרלבנטיים לאותו עניין.
- בחינה מחדש, לפחות אחת לשנה, של הנזקקות ושל הזכאות בסיוע מתמשך (כגון השמה במסגרת).
- ידוע לי כי אם לא תתקבל החלטה בנוגע לבקשתי לקבל סיוע בתוך 30 ימים מיום חתימתי על טופס פנייה זה בפני אגף קהילה ורווחה, אוכל להגיש ערר על אי מתן החלטה. כמו כן, ידוע לי כי עם קבלת החלטה בנוגע לבקשתי לקבל סיוע, תעמוד לי הזכות להגיש ערר על ההחלטה בתוך 45 יום. ערר על פי כל אחת מהאפשרויות לעיל יוגש לוועדת הערר בכתובת ועדת ערר אזורית מחוז חיפה והצפון ת.ד. 3028 חיפה 31030.

פרטי המשלם :

שם : _____ טלפון : _____ כתובת למכתבים : _____ אימייל : _____

תאריך _____ חתימת מצהיר/ה _____

תאריך _____ חתימת בן/בת זוג _____

הנני מצהיר כי הנ"ל חתם על הצהרה זו בפני לאחר שהוסברה לו משמעותה :

שם ותפקיד נציג/ת האגף _____ חתימה _____ תאריך _____



7/6520066-04 | פקס 6520068-4-153 | sarit@eyz.org.il אגף קהילה ורווחה, טלפון

מסמכים שיש לצרף לבקשה

נא צרף את המסמכים המסומנים : (בדוק עם העו"ס אילו מהמסמכים הבאים נדרשים לפנייתך)

- טופס הצהרה (מצ"ב)
- צילום תעודת זהות + ספח
- אישורי הכנסות 3 חודשים אחרונים של שני בני הזוג (תלושי משכורת לעובדים שכירים, שומת מס אחרונה לעצמאיים)
- תדפיס עו"ש מהבנק 3 חודשים אחרונים, מכל חשבונות הבנק.
- אישור על גובה כל הקצבאות המתקבלות מביטוח לאומי
- אישור על גובה פיצויים ורנטות
- אישור על גובה מזונות – הסכם גירושין.
- מסמכים רפואיים רלוונטיים _____
- אבחונים, סיכומי טיפול, דו"חות חינוכיים _____
- הצעת מחיר עבור חוג/קייטנה על גבי דף לוגו של המפעיל הכוללת: עלות חודשית, תקופת פעילות שם המדריך חתימה וחותמת.
- הצעת מחיר עבור טיפול רגשי (חיצוני, שאינו מתקיים באגף). על גבי דף לוגו הכוללת: עלות פגישה, מספר רישיון של המטפל וחותמת המטפל .
- טופס הוראת קבע (מצ"ב)
- _____
- _____

לפני הגשת הטופס, בדקו :

- האם הטופס מולא במלואו?
- האם הטופס חתום?
- האם צורפו כל המסמכים כנדרש?

****הטיפול בבקשה ידון רק לאחר הגשת כל המסמכים הנדרשים****