

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

<b><u>פרטי החולה:</u></b>		
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.

**1. פרטי בן / בת החולה:**

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 בן / בת החולה:**

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

מס' טלפון: \_\_\_\_\_

**3. פרטי מקום העבודה של בן / בת החולה:**

שם מקום העבודה \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_

מס' טלפון \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_

בן/בת זוג עובד/ת: כן / לא / פנסיונר/ית (הקף בעיגול)

אם עובד/ת - מקום העבודה: \_\_\_\_\_



**חלק ב' - פרטים על ההכנסות של בן / בת החולה (נא לסמן את כל הסעיפים)**

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

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

\*\* יש לצרף שומת מס הכנסה אחרונה.

משכנתא: יש לצרף חוזה קבלת המשכנתא + אישור על התשלום החודשי.

## ת צ ה י ר ב נ / ב ת ה ח ו ל ה

אני החתום מטה \_\_\_\_\_ בעל/ת תעודת זהות מס' \_\_\_\_\_ 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 הוא אמת וידוע לי כי סך ההשתתפות בעלות  
האשפוז של אבי/אמי נקבע 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/ה 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 \_\_\_\_\_

ח ו ת מ ת \_\_\_\_\_