



לשימוש	
פנימי	
בלבד	
(סריקה)	
מספר זהות	מס' זהות
סוג	סוג
דפים	דפים
המסמך	המסמך
0 1	

אישור על מגורים במוסד / בית אבות
האישור ימולא על ידי המוסד / בית אבות

הריני לאשר כי מר/ גב'

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
שוהה במוסדנו – שם המוסד		תאריך כניסה שנה חודש יום
כתובת המוסד		טלפון

המוסד פועל ברישיון: משרד העבודה הרווחה ושירותים חברתיים משרד הבריאות ללא רישיון
נמצא במחלקה: סיעודית לתשומים לתשושי נפש לעצמאיים
 אחרת פרט, _____

השתתפות בדמי החזקה ע"י גוף ציבורי: משרד הבריאות משרד העבודה הרווחה ושירותים חברתיים
 משרד הביטחון סוכנות רשות מקומית

כן, פרט השתתפות בסך: _____ ₪ לחודש מתוך עלות החזקה מלאה בסך: _____ ₪

- על המשפחה להמציא אישור על גובה ההשתתפות שהוטל עליה ע"י גוף ציבורי.

אין השתתפות – חובה להמציא כרטיס הנה"ח מהמוסד/בית האבות, בו ניתן לראות את החיובים והתשלומים של התובע.

מוסד בקיבוץ

המוסד מיועד: לחברי הקיבוץ ובני משפחותיהם בלבד קולט זקנים מבחוץ
מעמד התובע: חבר הקיבוץ חבר קיבוץ אחר דייר אחר, פרט. אם בן משפחה של חבר הקיבוץ נא ציין פרטיו מר/גב' _____
ויחס הקרבה _____
מתאריך _____

אישור מוסד/בית אבות

תאריך: _____
שם מנהל המוסד: _____ חתימת מנהל המוסד * _____