

מדינת ישראל
 משרד הבריאות

האגף לגריאטריה		נוהל זכאות אחוד
תאריך עדכון אחרון 10/05/20054	עמוד : 39	חלק 4 - נספחים

נספח ג / 1

טופס מילוי פרטי המתאשפז/ת

א. פרטי המתאשפז/ת:

שם פרטי:	שם משפחה:	ת.ז.:
כתובת		
רחוב:	מס':	עיר:
מיקוד:		
ת.ד.:		
טלפונים		
בית:	עבודה:	נייד:

ב. חשבונות הבנקים של המשלם:

חשבון 1		חשבון 2		חשבון 3	
חשבון בנק מספר		חשבון בנק מספר		חשבון בנק מספר	
בנק	סניף	בנק	סניף	בנק	סניף

הערות:

מורשי חתימה בחשבונות הבנק של המאושפז/ת (פרט למתאשפז/ת עצמו/ה)

1	שם	ת.ז.	כתובת
	מס' חשבון	בנק	סניף
	טלפון בבית	טלפון נייד	
2	שם	ת.ז.	כתובת
	מס' חשבון	בנק	סניף
	טלפון בבית	טלפון נייד	
3	שם	ת.ז.	כתובת
	מס' חשבון	בנק	סניף
	טלפון בבית	טלפון נייד	

מדינת ישראל
 משרד הבריאות

האגף לגריאטריה		נוהל זכאות אחוד
תאריך עדכון אחרון 10/05/20054	עמוד : 40	חלק 4 - נספחים

ג. הרכב נכסים כספיים והכנסות:

חשבון 3	חשבון 2	חשבון 1	רכיב
			הכנסות שוטפות (בש"ח)
			1 משכורת
			2 פנסיה
			3 גמלה מביטוח לאומי
			4 אחר
			סה"כ בש"ח
			נכסים פיננסיים (בש"ח)
			1 ער"ש
			2 פקדונות קצרי מועד
			3 תוכניות חיסכון
			4 חשבון מט"ח
			5 מניות / אג"ח
			6 אחר
			סה"כ בש"ח

הערות: יש לצרף אסמכתאות לכל הנייל

ד. פרטים משלימים

1. פרטי רישום בעלות במקרקעין לפי נסח טאבו/אישור מינהל מקרקעי ישראל

תת-חלקה	חלקה	גוש	כתובת	תאור הנכס	
					1
					2
					3

* יש לצרף נסח טאבו/אישור מינהל מקרקעי ישראל

2. פרטי כלי רכב בבעלות המתאשפז/ת

שנת יצור	מספר רישוי	יצרן הרכב ודגם	
			1
			2
			3

שם הפקידה: _____

לשכה: _____