



עמוד 1 מתוך 2

מס' זהות									
סוג		דפים		המסמך		מספר זהות		מספר זהות	

סניף \_\_\_\_\_

**בקשת מקדמה / הלוואה / היוון / (חלקי / תקופתי / עד 65) מענק מותנה**

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב	מצב משפחתי
רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב
מיקוד	מספר טלפון נייד	0	מספר טלפון	מספר טלפון

הריני מבקש לאשר סך \_\_\_\_\_ ש"ח למטרת \_\_\_\_\_

- סך-הכל ההשקעה הדרושה \_\_\_\_\_ ש"ח, נא לצרף מסמכים (רשיונות, הצעת חוזה, אשור בניה, הצעות מחיר).
- מקורות מימון נוספים: \_\_\_\_\_ הסכום \_\_\_\_\_ ש"ח
  - \_\_\_\_\_ הסכום \_\_\_\_\_ ש"ח
  - \_\_\_\_\_ הסכום \_\_\_\_\_ ש"ח

הכנסות	המבקש ש"ח לחודש	בת/בן הזוג ש"ח לחודש
קיצבת המוסד לביטוח לאומי	_____	_____
קיצבת ילדים	_____	_____
עבודה שכירה אצל	_____	_____
עבודה עצמאית ב -	_____	_____
הכנסות אחרות	_____	_____

הריני מצהיר שהפרטים בבקשה זו הינם נכונים ושלמים. ידוע לי כי כל פעולה או התחייבות שתיעשה על ידי בענין הבקשה בטרם אישורה הינה על אחריותי בלבד. ידוע לי שאם תאושר בקשתי עלי להשתמש בכספים שאקבל אך ורק למטרה שפורטה. אני מאשר כי אני מקבל עלי את כל ההתחייבויות הקשורות בקבלת הסכום.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

**לשימוש הסניף**

נמצא בטפול מח' השיקום מתאריך \_\_\_\_\_ תאריך הפגיעה \_\_\_\_\_ תיאור הפגיעה \_\_\_\_\_  
נכות % \_\_\_\_\_ צמיתה/זמנית עד יום \_\_\_\_\_ .

תשלומים קודמים שקיבל ממחלקת השיקום (היוון, מקדמה, הלוואה), מענק מיוחד \_\_\_\_\_

תאריך	סוג תשלומים	סכום	מטרה	יתרת חוב בסביבות
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

קיצבתו החודשית האחרונה הידועה ל \_\_\_\_\_ ש"ח מתאריך \_\_\_\_\_

קיצבה מיוחדת: \_\_\_\_\_ ש"ח קיצבת ניידות \_\_\_\_\_ ש"ח

מטרת הבקשה (במידת הצורך נא לצרף דו"ח)

הערכה פסיכוסוציאלית (אישיות המבקש, מצב סוציאלי, מצב כלכלי, עבודה, מקום מגורים וכו')

בדיקת כדאיות כלכלית נעשתה, רצ"ב הדו"ח / לא נעשתה הסיבה

מומלץ לאשר מקדמה / הלוואה בסכום של שקל שתוחזר בתשלומים של שקל לחודש הנמקה

מומלץ לאשר היוון מלא חלקי / תקופתי / עד 65 מענק מותנה מאחר ו-

חתימת מדריך השיקום

חתימת העובד המטפל

תאריך

רצ"ב המסמכים הבאים:

1. \_\_\_\_\_ .4

2. \_\_\_\_\_ .5

3. \_\_\_\_\_ .6

**דו"ח ועדת שיקום**

הובא לדיון ע"י

חברי ועדת השיקום

שם תפקיד שם תפקיד שם תפקיד שם תפקיד

משתתפים נוספים

שם תפקיד שם תפקיד שם תפקיד

המלצה:

פרט ונמק השיקולים להמלצה:

חתימה

חתימה

חתימה

תאריך

לשימוש המשרד הראשי

החלטה:

נמוקים:

חתימה

חתימה

חתימה

תאריך