



משרד התעשייה, המסחר והתעסוקה  
מינהלת תוכנית מוהל"ב

ה' בכסלו תשס"ז

26/11/2006

2006-0127-1041

**מוהל"ב**  
נהגות הבטוח לתעסוקה בטוחה

אל:

החברות המפעילות

הנדון: טופס בקשה חדש להפחתת שעות

גוהל מיום 17.1.2006, הבהרה מיום 19.2.2006

- מצ"ב טופס בקשה חדש להפחתת שעות שבא במקום כל הנספחים במכתבים שבסימוכין.  
אל טופס זה **חובה** לצרף מסמכים אלו במידה והם רלוונטיים לתוכן הבקשה:
- פירוש מחלות פעילות (רצוי ממתי התגלו), תרופות ומינון מגורם שאינגו המרכז, קופת חולים למשל (אם סיבת הבקשה רפואית);
  - המלצת רופא המרכז (אם סיבת הבקשה רפואית-חובה);
  - אישור הביטוח הלאומי (אם הגיש תביעה לנכות או תאונת עבודה גם אם אין עדיין החלטה או הגיש ערר, החמרה וכו');;
  - מסמך/כים מבריאות הנפש (אם הסיבה נפשית), אם לא מצורף מסמך – לציין מדוע;
  - מסמך/כים מלשכה לשירותים חברתיים (אם הסיבה משפחתית/סוציאלית), אם לא מצורף מסמך - לציין מדוע;
  - מסמכים רפואיים של הנתמכים (ילדים או הורים נכים וכו') (אם הסיבה משפחתית/סוציאלית).

כמו כן יש לצרף את תמצית הרישום במרכז (INTAKE), ובו עיקרי הרקע האישי, התעסוקתי והמשפחתי.  
טופס זה הגו מהיום ואילך אין צורך להגיש בקשות ישנות בשנית.

בברכה,

דורית גובק  
ראש המנהלה



משרד התעשיית, למסחר והתעסוקה  
מינהלית מנכ"ל

**מהלב**  
נוהבטחת הכנסה לתעסוקה בטוחה

**טופס בקשה להפחתת שעות**

ת.ז.	שם משפחה ופרטי	גיל	מין	תאריך קליטה במרכז תעסוקה

ישוב מגורים: \_\_\_\_\_

מספר שעות מוצע: \_\_\_\_\_ לתקופה: אנחנו לא מאשרים לצמצום או ל- \_\_\_\_\_ חודשים  
 לפי בקשת התובעת / או לפי שיקול המרכז (מחק את המיותר – וכך גם בסעיפים הבאים)  
 סיבות הבקשה: רפואית / נפשית / משפחתית / נכות / גיל / עבודה נוכחית / אחר \_\_\_\_\_  
 הנמקה מילולית קצרה:

\_\_\_\_\_

פירוט התכונות האישיות שביצע/ה עד כה:

\_\_\_\_\_

פירוט ההכנות מופחתת השעות המוצעת:

\_\_\_\_\_

מגבלות רפואיות עיקריות:

(ראה דו"ח רפואי מצ"ב) הציג/ה אישורים קודמים לתקופת התוכנית? כן - לא

מעמד לגבי נכות בביטוח לאומי:

האם הגיש תביעת נכות: -----כן, -----לא / תאונות עבודה / דרכים/ אחר: (חובה לצרף אישור בטל"א)

אם היה בטיפול ועדת נכות – סטטוס נוכחי:

לפני החלטת ועדה/ערר/החמרה	בתאריך _____	בקשה אחרונה נדחתה	אושרו _____% נכות רפואית בתאריך _____ (עד ל _____)	אי-כושר לקצבת נכות _____%	זכאי/מימש שיקום
---------------------------	--------------	-------------------	--	---------------------------	-----------------





משרד הבריאות, המסחר והתעסוקה  
מינהלת תוכנית מול"ב

**מהלב**  
מקבצת הכנסה לתעסוקה בטוחה

נסמכים מצורפים (סמן V):

\_\_\_\_ דו"ח רפואי מעודכן הכולל מחלות פעילות ותרופות; \_\_\_\_ חו"ד רופא המרכז;  
 \_\_\_\_ דו"ח שירותים חברתיים; \_\_\_\_ מסמכים רפואיים או בריאות הנפש גוספים;  
 \_\_\_\_ חו"ד פסיכולוג המרכז; \_\_\_\_ מסמכים מביטוח לאומי; \_\_\_\_ תמצית רישום (אינטייק) במרכז;  
 \_\_\_\_ אחר: \_\_\_\_\_.

שמות, תפקידים וחתימות המבקשים:

שם פרטי ומשפחה	תפקיד	תאריך	חתימה
	מתכנן יעדים תעסוקתי		
	בוחר מקרים מיוחדים		