**תוכנית שירות אפוטרופוס – הערכה ראשונית**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **רכז/ת טיפול:**  | **תאריך:** ‏ |  |
|  |
| 1. **פרטי מקבל השירות:**
 |
| **מס' מקבל שירות** | **שם מקבל שירות** | **סוג מינוי** | **תאריך מינוי** | **מיקום** | **כתובת** |
|  |  |  |  |  |  |
| **שנת לידה** | **ארץ לידה** | **סטאטוס אישי** | **פרטי קרובי משפחה** (קרבה ודרכי התקשרות) |
|  |  |  |  |
| **אבחון:** | **עו"ס** (שם וטלפון) |
| [ ] תשוש / [ ] תשוש נפש / [ ] סיעודי / [ ] מוגבלות שכלית / [ ] מתמודד נפש / [ ] אחר |  |
|  |  |
|  |  |
| 1. **תוכנית טיפולית:**
 |
| **סעיף** | **פירוט** (מצב קיים) | **משימות** |
| **מיקום מקבל השירות** |  |  |
| **מצב רפואי** |  |  |
| **תמיכת בן משפחה** |  |  |
| **מטפל/ת** |  |  |
| **רכישות** (ביגוד ודברים נוספים לפי צורך) |  |  |
| **תרופות** |  |  |
| **דרכי פיקוח ובקרה** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **פירוט חובות:**
 |  |
| **סעיף** | סכום |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
| 1. **הכנסות**
 |
| **גמלת בטל"א** | **פנסיה** | **רנטה** | **ירושה** | **פיצויים** | **ביטוח רפואי** | **אחר** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 1. **זכויות בנכסים:**
 |
| **בעלות**(מתגורר / פנוי) | **שכירות סוציאלית**(שם החברה, חוזה) | **שכירות בשוק הפרטי**(חוזה) | **דייר מוגן** | **אחר** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **ביטוח נכס** | **ביטוח תכולה** | **רישום הערת אזהרה** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 1. **חשבונות בנקים:**
 |
| **חשבונות בנקים** | **חשבון כלכלה** | **קופת גמל** | **קרן השתלמות** | **אחר** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 1. **טיפול משפטי:**
 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **הערות / המלצות** |
|  |
|  |
|  | חתימת רכז/ת הטיפול: |  |