**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: | | | | |  | | |