|  |  |
| --- | --- |
| **תאריך:** |  |

**בקשה לתמיכה כספית במקבל/ת שירות**

**כללי:**

* בקשת התמיכה מיועדת למקבלי שירות מעוטי יכולת שאין כל דרך לממש את צרכיהם בדרך אחרת.
* בקשות תמיכה חתומות יש לשלוח למנכ"ל דרך משימה בנתיב, הבקשה צריכה להיות סרוקה לתיקיית קבצים של מקבל השירות. בקשות תמיכה לשיפוץ דירה יש לסרוק לתיק הנכס.

|  |
| --- |
| 1. **פרטים אישיים:**
 |
| **שם מקבל שירות** | **מספר זהות** | **מספר תיק** | **גיל** | **סוג המינוי** | **תאריך המינוי** |
|  |  |  |  |  |  |
| **מקום מגורים:** |  |

|  |
| --- |
| 1. **אמצעים כלכליים:**
 |
| 1. **הכנסה חודשית:**
 |  |
| 1. **יתרה:**
 |  |
| 1. **נכסים אחרים ו/ או זכאויות אחרות:**
 |  |
| 1. **יש לצרף טופס תכנון תקציבי מהנתיב**
 |

|  |
| --- |
| 1. **בקשה לסיוע:**
 |
| 1. **מטרת התמיכה:**
 | [ ]  שיפוץ דירה  | [ ]  רכישות | [ ]  סגירת חובות |
| [ ]  טיפול רפואי | [ ]  מימון שעות סיעוד | [ ]  אחר |
| 1. **פירוט הצורך:** נא לפרט את הצורך של מקבל השירות וכיצד התמיכה תשפר את איכות חייו, במידת הצורך יש לצרף מסמך מפורט כנספח לבקשה
 |  |
| 1. **עמדת מקבל השירות:**
 |  |
| 1. **סכום המבוקש לתמיכה:**
 |  |
| 1. **יש לצרף הצעת מחיר תומכת בבקשת התמיכה**
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **תאריך:** |  | **מגיש הבקשה:**שם רכז השירות וחתימה |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **המלצת מנהל/ת המחוז:** | [ ]  מאושר | [ ]  לא מאושר |
| **סכום המבוקש לתמיכה:** |  |
| **הערות** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **תאריך:** |  | **מנהל/ת המחוז** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **החלטת מנכ"ל:** | [ ]  מאושר | [ ]  לא מאושר |
| **סכום התמיכה:**  |  |
| **למימון באמצעות פרויקט:** | [ ]  סל מענים לקשישים |
| [ ]  שיפוץ בתים עם תובענות ייצוגיות |
| [ ]  אחר: |  |
| **הערות** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **תאריך:** |  | **מנכ"ל** |

\*התמיכה ניתנת כהלוואה מותנית, במידה ותיווצר יתרה כספית למקבל השירות במהלך המינוי או בעת פקיעת הסמכות  סכום התמיכה או חלקו יוחזר למרכז במטרה לסייע למקבלי שירות נוספים על פי שקול דעת הבלעדי של המרכז הישראלי לאפוטרופסות.