



לשימוש	
פנימי	
בלבד	
(סריקה)	
מספר זהות	
ס"ב	
01	סוג
דפים	המסמך

## אישור על מגורים במוסד / בית אבות

האישור ימולא על ידי המוסד / בית אבות

### הריני לאשר כי מר/ גב'

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
שוהה במוסדנו – שם המוסד		תאריך כניסה שנה חודש יום
כתובת המוסד		טלפון

המוסד פועל ברישיון:  משרד העבודה הרווחה ושירותים חברתיים  משרד הבריאות  ללא רישיון

נמצא במחלקה:  סיעודית  לתשומים  לתשושי נפש  לעצמאיים

אחרת פרט, \_\_\_\_\_

השתתפות בדמי החזקה ע"י גוף ציבורי:  משרד הבריאות  משרד העבודה הרווחה ושירותים חברתיים

משרד הביטחון  סוכנות  רשות מקומית

כן, פרט השתתפות בסך: \_\_\_\_\_ ש"ח לחודש. עלות החזקה מלאה בסך: \_\_\_\_\_ ש"ח

אין השתתפות

### מוסד בקיבוץ

המוסד מיועד:  לחברי הקיבוץ ובני משפחותיהם בלבד  קולט זקנים מבחוץ

מעמד התובע:  חבר הקיבוץ  חבר קיבוץ אחר

דייר אחר, פרט. אם בן משפחה של חבר הקיבוץ נא ציין פרטיו מר/גב' \_\_\_\_\_

ויחס הקרבה \_\_\_\_\_

מתאריך \_\_\_\_\_

### אישור מוסד/בית אבות

תאריך: \_\_\_\_\_

שם מנהל המוסד: \_\_\_\_\_ חתימת מנהל המוסד \* \_\_\_\_\_