

טופס הצהרה לצורך הכרה להחזר בטיפול פרטי

בכדי שנוכל לטפל בבקשה ביעילות, אנא מלא/י הטופס במלואו.

מטפלת שטיפלה בעבר במסגרת טיפול פרטי בהחזרים- נדרש למלא סעיפים א' + ג'.

מטפלת שלא טיפלה בעבר במסגרת טיפול פרטי בהחזרים- נדרש למלא סעיפים ב' + ג'.

שם המטפלת: _____

מספר זהות מטפלת: _____

מקצוע: _____

מספר רישיון: _____

ח.פ. של העסק: _____

בתוקף מתאריך: _____

כתובת המרפאה: _____

א. אני מצהיר/ה כי טיפלתי במסגרת טיפול פרטי בהחזרים עד חודש 08/2025, וכי מתקיים לגביי

לפחות אחד מהתנאים הבאים: יש לסמן ✓ בהתאם לתנאי ההכרה הרלוונטים בעניינך

- ☐ ארבע שנות ותק ומעלה במוסדות ושירותים התפתחותיים*, ללא תלות בהיקף המשרה ובמגוון האוכלוסיות
- ☐ שנתיים ועד ארבע שנות ותק במוסדות ושירותים התפתחותיים*, ללא תלות בהיקף המשרה ובמגוון האוכלוסיות
- ☐ שנתיים ועד ארבע שנות ותק במוסדות ושירותים התפתחותיים*, ללא תלות בהיקף המשרה ובמגוון האוכלוסיות + שמונה שנות ותק ומעלה במגזר הפרטי (אשר יומרו לשנתיים במוסדות ושירותים התפתחותיים).
- ☐ שמונה שנות ותק בתחום ללא ניסיון במוסדות ושירותים התפתחותיים*
- ☐ פחות משנתיים ותק במוסדות ושירותים התפתחותיים*.

הבהרה: מטפלת/עם פחות משנתיים ותק במוסדות או שירותים התפתחותיים – לא עומדת/ת בתנאי ההכרה לקבלת מטופלים

חדשים במסגרת טיפול פרטי בהחזרים. כן ינתן אישור להמשך טיפול פרטי בהחזרים עבור מטופל קיים שהחל טיפול לפני

08/2025, ככל שרלוונטי, וזאת לצורך שמירת על הרצף הטיפולי.

*מוסדות התפתחותיים ושירותים התפתחותיים אשר עונים להגדרה בסעיף 3 לחוזר משהב"ר 5/2025, כמפורט בסוף המסמך ובחוזר.

ב. אני מצהיר/ה כי לא טיפלתי במסגרת טיפול פרטי בהחזרים עד חודש 08/2025, ואני מבקש/ת להכיר בי לצורך החזרים בטיפול פרטי: יש לסמן ✓ בהתאם לתנאי ההכרה הרלוונטים בעניינך

אני מצהיר/ה כי עומד/ת בדרישת הניסיון התעסוקתי הבאה: ☐
4 שנות ותק לפחות במוסדות ושירותים התפתחותיים* בהיקף משרה מצטבר של 50% ומעלה, מתוכן שנתיים לפחות במוסד התפתחותי הנותן מענה למגוון אוכלוסיות.

*מוסדות התפתחותיים ושירותים התפתחותיים אשר עונים להגדרה בסעיף 3 לחוזר משהב"ר 5/2025, כמפורט בסוף המסמך ובחוזר.

ג. יש למלא את הפרטים הנלווים תומכי ההצהרה

יש לפרט ניסיון תעסוקתי רלוונטי בתחום הילדים:

מקום עבודה	תקופת עבודה לדוגמה: 01/2018-05/2022	היקף משרה	אנא סמן/י את התיאור המתאים למקום העבודה
			☐ מכון/יחידה התפתחותי מוכר למשרד הבריאות ☐ מעון יום שיקומי ☐ מסגרת חינוך מיוחד של משרד החינוך ☐ מסגרת רווחה שבה מטופלים ילדים בעלי זכאות לסל הבריאות ☐ שירותי טב"מ (טיפול בריאותי מקדם) ☐ אחר, פרטי/י _____
			☐ מכון/יחידה התפתחותי מוכר למשרד הבריאות ☐ מעון יום שיקומי ☐ מסגרת חינוך מיוחד של משרד החינוך ☐ מסגרת רווחה שבה מטופלים ילדים בעלי זכאות לסל הבריאות ☐ שירותי טב"מ (טיפול בריאותי מקדם) ☐ אחר, פרטי/י _____
			☐ מכון/יחידה התפתחותי מוכר למשרד הבריאות ☐ מעון יום שיקומי ☐ מסגרת חינוך מיוחד של משרד החינוך ☐ מסגרת רווחה שבה מטופלים ילדים בעלי זכאות לסל הבריאות ☐ שירותי טב"מ (טיפול בריאותי מקדם) ☐ אחר, פרטי/י _____

השתלמויות בתחום:

תאריך	נושא	היקף שעות	גורם מארגן

קבלת הדרכה מקצועית:

יש לצרף נספח א' כפי שמופיע מטה עבור הדרכות החל מיום 1.1.2025.

*מוסדות התפתחותיים ושירותים התפתחותיים אשר עונים להגדרה בסעיף 3 לחוזר משהב"ר 5/2025, לרבות מעון יום שיקומי בעל רישיון; מכון להתפתחות הילד/יחידה התפתחותית מוכרים ע"י משרד הבריאות; מסגרת חינוך מיוחד של משרד החינוך; או מסגרת רווחה שבה מטופלים ילדים בעלי זכויות לסל התפתחות הילד, שירותי טב"מ (טיפול בריאותי מקדם).

תאריך: _____ חתימת המטפל/ת: _____

נספח א'

דף תיעוד שעות הדרכה מקצועית

שם המטפל/ת: _____
מקצוע: _____
מספר תעודת רישוי: _____

שם המדריך/ה ומספר תעודת רישוי	כמות שעות	תאריכים	חתימה

*הדרכה תוכר בהתאם להגדרת "הדרכה" בחוזר משהב"ר 5/2025.

תאריך: _____ חתימת המטפל/ת: _____