

הנחיות להורים לצורך קבלת החזר

שם הילד : _____

מספר תעודת זהות : _____

לצורך קבלת החזר על טיפולים הניתנים על ידי ספק חיצוני לקופת החולים (מטפלים פרטיים בהחזר), ובהתאם להנחיות חוזר חטיבת הרפואה חוזרנו מס. 3/2012 מיום 25.1.2012 לעניין דרישות מינימום לעניין איכות שירותי הבריאות הכלולים בסל הניתנים על ידי עובדי מקצועות בריאות ועובדים סוציאליים המטפלים בתחום "התפתחות הילד" יש להעביר לקופה הצהרה חתומה זו ע"י המטפל שנבחר.

*מומלץ לוודא מראש עם הקופה לגבי עמידה בתנאים לקבלת החזר

הצהרת המטפל – עמידה בתנאים לקבלת החזר

תאריך : _____

שם מלא : _____

מקצוע : _____

מספר תעודת רישוי : _____

אני עומד/ת בתנאים הבאים :

1. 4 שנות ותק מקצועי לפחות, במגזר הציבורי במוסדות ושירותים התפתחותיים כהגדרתם בחוזר (בהיקף של חצי משרה לפחות), ומתוכם שנתיים לפחות במוסד התפתחותי הנותן מענה למגוון אוכלוסיות ואינו ייעודי לאוכלוסייה ספציפית או קושי התפתחותי ספציפי (כמפורט בחוזר).
2. 150 שעות הדרכה לפחות במוסדות ושירותים התפתחותיים במהלך אותן 4 שנים.
3. השתתפות בשני ימי עיון בשנה לפחות ובקורס העשרה מוכר ו/או סדנה מקצועית מוכרת בתחום התפתחות הילד (כהגדרתם בחוזר) אחת לשנתיים לפחות.

חתימת המטפל : _____

מספר תעודת מקצוע : _____