

**פניה לבקשת מערכת תקשורת תומכת וחלופית לתקופת התנסות (א')
למילוי על ידי הממליץ בקהילה בלבד**

תאריך: _____

פרטי איש המקצוע הממלא את טופס הפניה לתקופת התנסות:

שם מלא: _____ מקצוע: _____ מספר רישוי _____

נייד: _____ מייל: _____

מצב משפחתי	גיל	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	פרטי הפונה (מבקש התת"ח)
יישוב		קומה/דירה	מספר בית	רחוב		כתובת
מייל		טלפון	קרבה	שם מלא		פרטי איש קשר מלווה
מייל		טלפון	קרבה	שם מלא		פרטי איש קשר מלווה (אופציונאלי)
שפה:				מטפל: כן/לא		פרטים נוספים

רקע	
אבחנה רפואית (יש לצרף אישור רפואי):	
רקע רפואי נוסף:	
מצב נשימה: האם מונשם: כן \ לא	
מצב ראיה:	
מצב שמיעה:	
מצב קוגניטיבי:	
שותפים למגורים:	
יכולות תנועה	בידוד:
	גפיים עליונות:
	גפיים תחתונות:
	תנועות ראש:

תקשורת
האם יש מגבלה בדיבור? כן \ לא, פרט:
כיצד נעשית התקשורת כיום:
ניסיון קודם בתת"ח:

**פניה לבקשת מערכת תקשורת תומכת וחלופית לתקופת התנסות (א')
למילוי על ידי הממליץ בקהילה בלבד**

המכשיר הנדרש (סמן) 1. מחשב תקשורת 2. מערכת מיקוד מבט 3. מערכת אייקונטרול

שם איש המקצוע שהתאים את המערכת _____
המסגרת בה בוצעה ההתאמה _____
(למיקוד מבט בלבד) האם יש צורך במשחקי עקומת למידה לצורך התנסות? כן / לא

בהשאלת מחשב תקשורת (בלבד) :

סוג המחשב (גודל מסך ומידת הקשחה): _____
10" מוקשה מלא / 12" מוקשה מלא / 14" ללא הקשחה / 16" ללא הקשחה
תוכנות נדרשות: _____
גריד 3 \ הקול כלול \ אפשר לומר \ מתחברים לעולם \ מפתח לתקשורת
מנוע דיבור: כן/לא _____ שפות נוספות: _____
אביזרי נגישות (מתגים, מתאמים, אחר): _____

- בבחירת עכבר ראש יש לציין דגם.
- בבחירת מתגים ומתאמי מתגים יש לציין מפורשות דגם, צבע, משקל בהתאם לאביזר הנדרש.

הערות _____

בהשאלת מערכת מיקוד מבט (בלבד) :

סוג המחשב (גודל מסך 14" / 16") : _____
סוג מערכת מיקוד המבט : _____
תוכנות נדרשות: _____
גריד 3 \ הקול כלול \ אפשר לומר \ מתחברים לעולם \ מפתח לתקשורת
מנוע דיבור: כן/לא _____ שפות נוספות: _____
אביזרי נגישות (מתגים, מתאמים, אחר): _____

- לתקופת הניסיון יסופקו עמוד ועמוד שולחני עם זרוע בלבד.
- התאמת זרוע לכיסא גלגלים תתאפשר רק לאחר סיום תקופת הניסיון ועל פי הנוהל.

הערות : _____

פניה לבקשת מערכת תקשורת תומכת וחלופית לתקופת התנסות (א')
למילוי על ידי הממליץ בקהילה בלבד

בהשאלת מערכת אייקונטרול:

צד המכשיר: _____

מפגש ההתאמה נערך ע"י: _____

בתאריך: _____ מקום המפגש: _____

*יש לצרף את מסמכים המסמכים את מקום המפגש

**במידה והממליץ והמלווה אינם זהים, יש למלא את פרטי קלינאי התקשורת/מרפא בעיסוק המלווה את המשתמש:

שם: _____ מספר רישוי _____

מס' שנות ניסיון בעבודה עם תת"ח וטכנולוגיה מסייעת _____

טלפון נייד: _____ מקום עבודה: _____

מייל: _____

במידה והמערכת המבוקשת היא עבור משתמש בעל קוגניציה תקינה, ניתן לקבל ליווי של מרפא בעיסוק העוסק בתחום תקשורת תומכת וחלופית שלוש שנים לפחות.

שם מרפא/ה בעיסוק מלווה _____ מספר רישוי: _____

טלפון נייד: _____ מקום עבודה: _____

כתובת מייל: _____

יש לשים לב שלבקשה לצורך תקופת התנסות צורפו המסמכים הבאים:

1. טופס זה
2. הערכת תפקודי שפה, דיבור ותקשורת חתומים ע"י קלינאית תקשורת ממליצה.
3. מסמך רפואי המעיד על האבחנה.
4. סיכום מפגש הנגשה במידה והתקיים (חובה עבור בקשת מערכת אייקונטרול)

כתובת תיבת מייל ייעודית להגשת הטפסים: aac@mac.org.il

בקשה שלא תתקבל כמפורט, לא תופל!