

טופס מותאם למילוי במחשב

איך ממלאים את הטופס?

שולחים



שלחו את הטופס בדואר אלקטרוני או בפקס, בהתאם להנחיות המפורטות מטה.

ממלאים



מלאו את הטופס. אם יש צורך בחתימה, מלאו את שמכם וסמנו בתיבת הסימון לצד שמכם.

אל תשכחו לשמור (save)

בטפסים בהם נדרשת חתימה ידנית לא ניתן להתום דרך המחשב. הדפיסו את המסמך וחתמו עליו בעט.

שומרים



הורידו את הקובץ ושמרו אותו על המחשב, באמצעות כפתור Download

הקובץ לא נפתח?
יש לפתוח את הקובץ באמצעות הגרסה העדכנית של תוכנת אדובי רידר (Adobe Reader). אם התוכנה אינה מותקנת על המחשב שלכם, [הורידו אותה בחינם מאתר Adobe](#)



אם התוכנה מתריעה שיש להוריד חבילת גופנים (fonts), אשרו והתקינו אותה לפי ההוראות. לא הצלחתם?
[למידע נוסף על פתיחת קבצי PDF והתקנת תוכנת אדובי רידר](#)

אנא שימו לב לכך שמידע הנשלח באמצעות דואר אלקטרוני עלול להיחשף בפני גורמים לא רצויים ברשת האינטרנט. בעצם משלוח מידע למכבי שירותי בריאות באמצעות דואר אלקטרוני, הנכם פוטרם את מכבי שירותי בריאות מאחריות לדליפת המידע לגורמים לא רצויים ברשת האינטרנט, וזאת בטרם הגיע המידע אל מכבי שירותי בריאות.



בקשה להנחה בהשתתפות עצמית באישפוז סיעודי מורכב

א. פרטי המרכז הרפואי:

שם המרכז הרפואי:	שם המש"רית:	מס' פקס במרכז הרפואי:

ב. פרטי החבר/ה:

שם משפחה:	שם פרטי:	מס' תעודת זהות: (9 ספרות)	שנת לידה:

ג. פרטי התקשרות:

רחוב:	מס' בית:	יישוב:	מיקוד:	מס' טלפון:	כתובת דואר אלקטרוני:

ד. פרטי בן/בת הזוג:

שם משפחה:	שם פרטי:	מס' תעודת זהות:	שנת לידה:	מצב משפחתי:

ה. מס' ילדים עד גיל 18: _____

ו. כתובת איש קשר לפניות ומשלוח מכתבים (ימולא רק בהתאם לצורך)

שם משפחה:	שם פרטי:	הקשר לחולה:		
רחוב:	מס' בית:	מיקוד:	יישוב:	מס' טלפון:

ז. פרוט המסמכים המצורפים

Deductible_Hosp_04

לשימוש משרדי:

אל: מרכז רפואי _____

לאחר בדיקת הכנסות וביצוע החישובים הנדרשים יש לגבות מהחבר/ה עבור כל יום אשפוז סיעודי מורכב.

טופס הצהרת הכנסות

א. פרטים אישיים:

שם משפחה:	שם פרטי:	מס' ת.ז. (9 ספרות)	תאריך לידה:	טלפון:
מס' ילדים מתחת לגיל 18:		כתובת:		
נשוי/אה		גרוש/ה	אלמנה/ה	רווק/ה

בן / בת הזוג:

שם משפחה:	שם פרטי:	מס' ת.ז. (9 ספרות)	תאריך לידה:
-----------	----------	--------------------	-------------

ב. פרטים על ההכנסות:

שכיר/ה: יצרר/תצרך תלושי משכורת של 3 חודשים אחרונים ומסמכים נוספים בהתאם לסוג ההכנסה.
 עצמאי/ת: יצרר/תצרך צילום דו"ח על הכנסות למס הכנסה, פנקס תשלומים לביטוח לאומי ומסמכים נוספים בהתאם לסוג ההכנסה.
 מקבלי קצבאות: יצררו אישורי ביטוח לאומי.

מקור הכנסה:	הכנסת החברה/הודשית ברוטו:	הכנסת החברה/הודשית ברוטו:	הכנסת בן/בת הזוג נכון לתקופה:	הכנסת בן/בת הזוג נכון לתקופה:
שכיר/ה - משרה ראשית				
שכיר/ה - משרה משנית				
עצמאי/ת (מלאכה, עסק, שותפות, מסחר)				
פנסיה בישראל (כולל קופות גמל)				
דמי שכירות (בית או נכסים אחרים)				
ריבית או דיבידנד (פקדונות, מניות, אגרות חוב)				
פנסיה מחו"ל (כולל רגטה או שילומים)				
תגמולים ממשרד הביטחון				
קיצבה מהביטוח הלאומי (זיקנה, שארית, נכות, ילדים, קצבת ילד נכה, שרותים מיוחדים וכו')				
מקור אחר (פרט/י)				
סה"כ הכנסות חודשיות ברוטו				

ג. הערות ונימוקים לבקשה (נא לציין גובה העלות החודשית ולצרף מסמכים רפואיים מתאימים):

ד. הצהרה

אני מצהיר/ה בזאת כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים וכי אין לחברה/ה המצהיר/ה ולבן/בת זוג/ה כל הכנסה מלבד אלו שפורטו לעיל, ואני מרשה למכבי שירותי בריאות לבדוק את נכונותם. ידוע לי כי מסירת פרטים בלתי נכונים משחררת את מכבי מכל התחייבויותיה כלפי המבקש/ת וכי אחיוב לשאת בכל הפסד כספי שייגרם למכבי עקב הצהרתי.

שם משפחה ופרטי:	מס' ת.ז. (9 ספרות)	קרבה למבקש/ת:	תאריך:	חתימה:
-----------------	--------------------	---------------	--------	--------

לשימוש משרדי: החלטה: דחייה אישור חברות: קרן מכבי מכבי שלי מכבי זהב מכבי כסף

גובה השתתפות עצמית: _____, ש, ליום: _____, לחודש: _____, תקופה מאושרת: _____
 נימוקים: _____

שם פרטי ומשפחה: _____ חתימה: _____ תאריך: _____