

**טופס בקשת סיוע מת"ס**

לכבוד

מינהל הרווחה לוד

אני הח"מ: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_

כתובתי: \_\_\_\_\_

פונה למחלקה לשירותים חברתיים לוד.

בבקשה: \_\_\_\_\_

והנני מצהיר בזאת כדלקמן:

1. כל הפרטים הנמסרים על ידי נכונים ומדויקים
2. הנני מתחייב להודיע לכם על כל שינוי שיחול במצבי ו/או במצב בני משפחתי אשר יש לו חשיבות למתן סעד או טיפול סוציאלי, וזאת תוך חודש מיום השינוי.
3. באם מצבי הכלכלי ישתפר בהתאם לאמור בחוק שירותי הסעד, התשי"ח – 1958, אהיה חייב בהחזרת הסעד שקיבלתי.
4. הובהר לי כי אם לא אקיים את התחייבויותי בהתאם לסעיפים 2 ו-3 לעיל אהיה צפוי לעונשים בהתאם לתקנה 7 לתקנות שירותי הסעד (פניה למתן סעד או טיפול סוציאלי) תשכ"ז – 1967.
5. אני מסכים ומרשה למנהל המחלקה לשירותים חברתיים או לכל מי שמוסמך על ידו לבדוק את כל הפרטים והמסמכים שמסרתי, כפי שיראה לנכון ואף לקבל ולמסור ידיעות ופרטים לכל אדם וגוף בקשר לכך ועפ"י כל דין.
6. סה"כ הכנסותי והכנסות בני ביתי לחודש הינן כדלקמן.  
משכר \_\_\_\_\_ מרכוש (כולל שכ"ד או דמי השכרת נכס אחר) \_\_\_\_\_  
פיצויים \_\_\_\_\_ קצבאות \_\_\_\_\_ הכנסות אחרות \_\_\_\_\_
7. מספר נפשות במשק הבית ילדים עד גיל 18 \_\_\_\_\_ ילדים מעל גיל 18 \_\_\_\_\_  
בני משפחה אחרים: \_\_\_\_\_  
אין ברשותי / ברשותי רכב מנועי מסוג \_\_\_\_\_ מס' רישוי \_\_\_\_\_  
אין ברשותי / ברשותי נכס דלא נידי: דירה \_\_\_\_\_ מגרש \_\_\_\_\_  
תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת מצהיר: \_\_\_\_\_  
תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת בן/בת זוג: \_\_\_\_\_  
הנני מצהיר כי הנ"ל חתם על הצהרה זו בפני לאחר שהוסברה לו משמעותה.  
(הערה: \_\_\_\_\_)

נציג המח' לשירותים חברתיים \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_





## התחייבות לשמירה על הנהלים בלשכה לשירותים חברתיים לוד

אני הח"מ \_\_\_\_\_ מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_ מתחייב לשמור על  
הנהלים בלשכה, לא לנהוג באלימות, וידוע לי כי אם לא אעמוד בהתחייבותי, אהיה צפוי להרחקה מהלשכה  
לתקופה שתקבע ע"י מנהל/ת הלשכה.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ תאריך

### ויתור סודיות

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, ת.ז.: \_\_\_\_\_  
מתגורר ברחוב \_\_\_\_\_ מאשר בזאת לאגף הרווחה  
בעיריית לוד לקבל או למסור כל מידע כללי ו/או רפואי הקשור אלי ולטיפול  
שניתן לי או כל מידע אחר שיידרש על ידם לצורך טיפול בענייני.

עד לחתימה \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

בברכה,

עו"ס \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

תיאור נזקקות של העו"ס:

---



---



---



---



---

אישור ר"צ \_\_\_\_\_





בס"ד

**אגף לשילוב חברתי**

טל' 08-9279806 | פקס 08-9279804

תאריך \_\_\_\_\_

חתימת ר"צ \_\_\_\_\_

