

ח' טבת, תשע"ב

3 ינואר, 2012

לכבוד

שלום רב,

הנדון: הגשת בקשות סיוע לילדים נכים לארגון איל"ן

להלן רשימת המסמכים שיש לצרף לבקשת סיוע:

1. שאלון פרטים – פתיחת כרטיס פונה - (נספח 1).
2. כתב ויתור על סודיות רפואית - (נספח 2).
3. מכתב בקשה של ההורים.
4. סיכום רפואי עדכני הכולל אבחנה רפואית.
5. דו"ח סוציאלי עדכני.
6. הצעת מחיר או חשבונית וקבלה על רכישת שרות/פריט.
7. מכתב המלצה מקצועי המפרט את הצורך בסיוע (פיזיותרפיסטית, קלינאית תקשורת, מרפאה בעיסוק, מחנכת וכו').
8. אישור נכות של הילד ואישור גובה גמלת הנכות מהביטוח הלאומי.
9. אישורי הכנסות עדכניים של ההורים.
10. אישור השתתפות גורמים נוספים ברכישת הפריט או השרות (משרד הבריאות, קופ"ח, רווחה).

את כל החומר ניתן להעביר לורד שור – עו"ס מרחבית בצפון,  
כתובת למשלוח דואר: ורד שור ת"ד 161 שדה אליעזר 12205  
טלפון נייד 057-7764630. דואר אלקטרוני: [veredco7@gmail.com](mailto:veredco7@gmail.com)

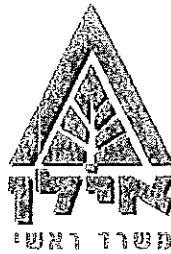
בקשות של תושבי מטולה, ק"ש, מבואות החרמון, יסוד המעלה, חצור הגלילית וטובה-זנגריה – נא להעביר לגב' דבי דפיצ'וטו אשר מרכזת את הטיפול בבקשות של סניף קריית שמונה ואצבע הגליל. נייד: 050-9208858 או לגב' אסתר קרפל – יו"ר סניף קריית שמונה ואצבע הגליל, נייד: 052-5151144.

נשמח לסייע במידת האפשר.

בברכה,

אסתר קרפל - יו"ר הסניף  
קריית שמונה ואצבעי הגליל

ורד שור – עו"ס  
מרחב צפון – איל"ן



## תקציר על איל"ן ופעולותיו:

איל"ן - איגוד ישראלי לילדים נפגעים הוקם בשנת 1952 כארגון אילנשיל פוליו ששם לו למטרה לטפל בנכים נפגעי הפוליו. לאחר שנבלמה מגיפת הפוליו התאחד ארגון אילנשיל פוליו בשנת 1964 עם ארגון שתל"ם, שהיה ארגון הורים לילדים נפגעי C.P., והוקם ארגון איל"ן.

כיום נמצאים בטיפול איל"ן אלפי ילדים ובוגרים בעלי מוגבלויות פיזיות הסובלים מנכויות פיזיות מוטוריות וממחלות שריר ועצב שונות כגון שיתוק ילדים, שיתוק מוחין, ניוון שרירים ומחלות נוספות.

איל"ן מעניק שירותים ומסייע לכל בעלי המוגבלויות הפיזיות בישראל בכל המגזרים: בקיבוצים, במושבים, במגזר הערבי, במגזר החרדי כל זאת במסגרת 41 סניפים ברחבי מדינת ישראל ולמעלה מ-30 מוסדות בהם מוסדות חינוך (גני ילדים ובתי ספר), מרכזי יום, מרכזי שיקום ותעסוקה, מרכזי ספורט, מעונות והוסטלים, ועוד.

איל"ן מלווה את בעלי המוגבלויות הפיזיות בכל שלב בחייהם מרגע איתור המוגבלות באמצעות סיוע למכונים להתפתחות הילד, תמיכה ישירה בגני הילדים ובבתי הספר בחינוך המיוחד וסיוע פרטני לילדים המשולבים במסגרות חינוכיות רגילות.

בנוסף מפעיל הארגון שני מרכזי ספורט גדולים לנכים בוגרים וילדים בהם מתקיימת פעילות שיקומית ענפה, ופעילות ספורט תחרותי בענפים שונים כגון: שחיה, כדורסל, טניס, סיף, מרוצי כסאות גלגלים ועוד. ספורטי איל"ן מובלים ובעלי הישגים עולמיים עטורי מדליות זהב וכסף מאולימפיאדות ומאליפיות עולם.

איל"ן מפעיל 4 מרכזי יום לשיקום ותעסוקה לנכים בוגרים, וכן ושני מעונות לנכים בוגרים ומעון ביתי לילדים נכים בירושלים כל אלה המהווים בית חם ותומך עבור אלה שאינם יכולים להמשיך לגור בבית הוריהם.

איל"ן מקיימ פעילויות שיקום ורווחה כגון שחייה ורכיבה טיפולית, פעילויות תרבות והעשרה המיועדות לנכים בכל הגילאים ומספק שירותי הסעה לפעילויות רבות. עוד מפעיל הארגון תכניות לפעילות חברתית, תנועת מוער, מועדוניות לצד בתי הספר והגנים בשעות אחר הצהרים, קייטנות, מחנות נופש ועוד.

דרך נוספת באמצעותה מגיש איל"ן עזרה היא בהענקת סיוע פרטני לנכה ולבני משפחתו לשם רכישת ציוד עזר ואביזרי שיקום כגון כסאות גלגלים, מחשבים ועוד. באופן מיוחד מתמקד הארגון במימון פעילויות שיקום ורווחה שאינן מתקצבות ובמתן מענה לצרכים שאינם מסופקים על ידי הגורמים המוסדיים השונים.

מדינת ישראל הביעה הערכתה לפועלו האדיר של הארגון, כאשר במוצאי יום העצמאות ה-62 למדינת ישראל, הוענק לאיל"ן פרס ישראל על מפעל חיים - תרומה מיוחדת לחברה ולמדינה. קבלת הפרס היוקרתית הינה הכרה לאומית לגודל העשייה של איל"ן למען החברה בישראל בכלל ולמען אוכלוסיית הנכים בפרט.





שאלון פרטים- פתיחת כרטיס לפונה

תאריך: \_\_\_\_\_

שם המשפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ מין ז/נ: \_\_\_\_\_

ת.ז.: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_

מצב משפחתי: \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_ תאריך עלייה: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון בבית: \_\_\_\_\_ ניד: \_\_\_\_\_

המסגרת בה נמצא/ת במשך היום: \_\_\_\_\_

המסגרת בה נמצא/ת בשעות אחה"צ: \_\_\_\_\_

אבחנה רפואית (עפי" תעודה רפואית): \_\_\_\_\_

תאריך התחלת המחלה: \_\_\_\_\_ אחוזי נכות: \_\_\_\_\_

מצב ניידות:

1. הליכה חופשית ללא עזרה

2. הליכה בעזרת עזרים, סוג \_\_\_\_\_

3. כסא גלגלים

4. אחר \_\_\_\_\_

מצב הידיים: \_\_\_\_\_ שמיעה: \_\_\_\_\_

דיבור: \_\_\_\_\_ ראייה: \_\_\_\_\_

מצב שליטה על סוגרים: \_\_\_\_\_

האם עברה/ה ניתוח: כן/לא באיזה גיל: \_\_\_\_\_ סוג הניתוח: \_\_\_\_\_

האם מקבלת/ טיפול פרא-רפואי כן/לא וסוג טיפול: \_\_\_\_\_

1. פיזיותרפיה 2. הידרותרפיה 3. ריפוי בדיבור 4. רכיבה טיפולית

5. ריפוי בעיסוק 6. אחר \_\_\_\_\_

באיזה מסגרת מקבלת את הטיפולים: \_\_\_\_\_

חברות בקופ"ח: 1. כללית 2. מכבי 3. מאוחדת 4. לאומית

מטפל במחלקה לשירותים חברתיים: \_\_\_\_\_

שם האב: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_ שם האם: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_

השכלה: \_\_\_\_\_ מקום עבודה: \_\_\_\_\_ השכלה: \_\_\_\_\_

טלפון בעבודה: \_\_\_\_\_ טלפון ניד: \_\_\_\_\_

מספר הילדים פרט לילד הנכה: \_\_\_\_\_ גילם: \_\_\_\_\_

מספר החדרים בבית: \_\_\_\_\_ קומה: \_\_\_\_\_ מספר המדרגות: \_\_\_\_\_

יש מעלית כן/לא

האם יש למשפחה רכב: כן/לא, האם מותאם לנכה כן/לא \_\_\_\_\_

האם מקבלים קצבת נכות: כן/לא סכום: \_\_\_\_\_

האם מקבלים קצבת ניידות: כן/לא סכום: \_\_\_\_\_

האם מקבלים קצבת שירותים מיוחדים: כן/לא סכום: \_\_\_\_\_

משכורת האב: \_\_\_\_\_ משכורת האם: \_\_\_\_\_

הכנסות אחרות מקצבה/מתמיכה קבועה: \_\_\_\_\_

לפרט: \_\_\_\_\_ סכום: \_\_\_\_\_

שמו המלא של ממלא הטופס ותפקידו: \_\_\_\_\_

כתובתו: \_\_\_\_\_ מס' טלפון: \_\_\_\_\_

\* יש לצרף צילום של תלושי משכורת ו/או אישורים על הכנסות.





נספח מס' 2

כתב ויתור על סודיות רפואית

ג.א.ג.

אני הח"מ: \_\_\_\_\_ בעל ח.ה. מס': \_\_\_\_\_  
כחובתי: \_\_\_\_\_  
הורה של: \_\_\_\_\_ ח.ה. מס': \_\_\_\_\_  
(להלן: "ילדי")  
נוחן בזה רשות לכל עובד ו/או מהנדב באיל"ן בסניף: \_\_\_\_\_  
לכל עובד במסגרה: \_\_\_\_\_ שכתובתה: \_\_\_\_\_

למסר לכל עובד שיקומי, ו/או עובד סוציאלי, ו/או עובד פרא-רפואי, ו/או עובד הינוכי, ו/או סיעודי, שעובד במסגרת (להלן "המבקש") אח כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, באופן שידרוש המבקש, על מצבו הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או על כל מחלה שהלה בה ילדי הנ"ל.

אני משחרר בזה אהנם ו/או כל רופא ו/או כל עובד אחר מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם, כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים ו/או כל סניף מכנימי מוסדותיכם מחוברת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצב הבריאותי והרפואי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או מחלותיו כאמור של ילדי. כמו כן, הונו מהיר לכם בזאת לקבל ולהת כל מידע מכל תיק שנפתח על שמו/שמי בכל אחד או יותר מהמוסדות הנ"ל כולל מידע על התשלומים שהמוסדות הנ"ל שילמו ומשלמים לילדי.

הונו מוותר על הסודיות כלפי המבקש, ו/או כלפי איל"ן ולא תהיה לי טענה ו/או הביעה מסוג כלשהו כנגדכם ו/או כנגד כל המוסדות לרבות קופות חולים ו/או מי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נוחני השרותים שלהלן, כל טענה או הביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1931, ו/או לפי כל חוק אחר, כגון חוק העו"ס וכד' והיא הלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נוחני השרותים שיפורטו להלן, ו/או כלפי איל"ן ו/או מי מטעמו.

ויתור זה יעמוד בתוקפו כל עוד אני/ילדי איתיה מטופל ע"י מוסדות איל"ן השונים.

האריך: \_\_\_\_\_ התימה: \_\_\_\_\_

איל"ן - כתב ויתור על סודיות רפואית.



לכבוד

איל"ן - איגוד ישראלי לילדים נפגעים (ע"ר) תאריך \_\_\_\_\_

**הנדון: כתב התחייבות לגילוי נאות בקשר לפניות לסיוע לוועדת עזרה של איל"ן**

אני הח"מ \_\_\_\_\_, בעל ת.ז. מס' \_\_\_\_\_,  
הורה/אפוטרופוס של \_\_\_\_\_ בעל ת.ז. מס' \_\_\_\_\_,  
(להלן: "ילדי/חסוי"), מתחייב בזאת למסור לאיל"ן מידע מלא ושוטף על כל  
התקבולים /או הפיצויים /או מקורות מימון וסיוע אחרים מכל מקור אחר  
שהוא (להלן: "תגמולים"), שאני או ילדי/החסוי קבלנו בעבר, מקבלים כיום או  
אמורים לקבל בעתיד בגין נכותי/נכות ילדי/נכות החסוי.  
כ"כ הנני מתחייב לעדכן את איל"ן במידה ויחול שינוי במידע /או יגיע מידע  
חדש לידי לגבי התגמולים כאמור.

שם ההורה/ אפוטרופוס \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_  
חתימה של הורה/אפוטרופוס \_\_\_\_\_

- אם המבקש אינו קטין או חסוי, אזי עליו למלא את השורה הראשונה בלבד.
- בפניה לגבי קטין או חסוי יש למלא את כל הפרטים בשתי השורות הראשונות.

G:\TelAvivHeadquarters\2009\סיקסיס\טפסי תדנת עזרה\גילוי נאות בפניה לתדנת עזרה.docx



איל"ן - איגוד ישראלי לילדים נפגעים (ע"ר) • ILAN - ISRAEL FOUNDATION FOR HANDICAPPED CHILDREN  
משרד ראשי: יל. גורדון 9 ת"א 63458 • טל: 03-5248141 • פקס: 03-5249828 • דוא"ל: ilan@ilan-israel.co.il • www.ilan-israel.co.il  
Head Office: 9 Y.L. Gordon St. Tel-Aviv 63458, Israel • Tel:+972-3-5248141 • Fax:+972-3-5249828 • E-mail: ilan@ilan-israel.co.il

