כללי

1. הוראה זו מחליפה את הוראת אגף משפחות, הנצחה ומורשת מס' 44.01 מיום 2.1.2023 ובאה במקומה.
2. הוראה זו באה לקבוע דרכי מתן סיוע לאלמנה או לשכול הזקוקים מחמת זקנתם או מצב בריאותם לטיפול אישי בידי הזולת מכוח סעיפים 8א ו- 11(א) לחוק משפחות חיילים שנספו במערכה (תגמולים ושיקום) , תש"י - 1950 (להלן: "חוק משפחות"), לפי העניין.
3. מנהל מחוז הינו בעל הסמכות והאחריות לביצוע התקין של הוראה זו.
4. ס' בכיר וראש היחידה לתגמולים ורווחה כלכלית נושא באחריות מטה לעדכון הנחיה ובקרה של הוראה זו.
5. **בהוראה זו השימוש בלשון זכר, תקף גם עבור נקבה ולהיפך.**

זכאות

6. הורים שכולים ואלמנות שהוכרו על פי חוק או לפנים משורת הדין (למ"ד) למלוא הזכויות או לצורך קבלת הטבה זו, ואשר זקוקים, עפ"י אישור רפואי, לטיפול אישי בידי הזולת בביתם ו/או בבית חולים או במרכז רפואי שקומי ו/או במרכז יום לקשיש או בבית אבות במחלקה לעצמאיים (דיור מוגן).
7. זוג הורים שכולים ייחשבו כשני זכאים נפרדים לעניין קבלת סיוע לפי הוראה זו.

עקרונות

8. סיוע לטיפול אישי בידי הזולת יינתן לזכאים שאינם עובדים. מקרים חריגים יובאו לבחינה מיוחדת של ר' תחום רווחה כלכלית וסיעוד כמפורט בסעיף 52 להוראה זו.
9. סיוע לטיפול אישי בידי הזולת יינתן באמצעות הפניה לחברות הסיעוד שעמן יש לאגף הסכם התקשרות או באמצעות הטבה כספית לתגמול בהתאם לבחירת הזכאי.
10. היקף הסיוע יקבע בהסתמך על הערכת התפקוד והצרכים של הזכאי שיפורטו ב"טופס הערכה תפקודית לצורך מתן סיוע סיעודי" (נספח א' להוראה, להלן "טופס תפקודים"). למעט המקרים אשר יפורטו בסעיפים 19-21 להוראה.

11. טופס תפקודים מתייחס להערכה תפקודית בשלושה היבטים:

א. הערכה תפקודית **בסיסית** – תפקודי BADL (ניידות, אכילה, רחצה כו')

ב. הערכה תפקודית **מורחבת** - תפקודי IADL (הכנת מזון, קניות, משק בית וכו')

ג. הערכה **קוגניטיבית** המתבססת על חוו"ד גריאטר/פסיכיאטר/נוירולוג או הערכה קוגניטיבית אחרת אשר בוצעה ע"י רופא מטפל / מרפא בעיסוק באמצעות מבחן הערכה מקובל ומתוקף (כגון, מבחן מיני-מנטל MMCE, SWEET 16, MOCA ועוד).

12. לכל מגבלה מסומנת בטופס התפקודים ניתן ניקוד על פי חומרת המגבלה (עצמאי / זקוק לעזרה חלקית / זקוק לעזרה מלאה).

13. הניקוד כאמור מתורגם לשעות סיוע באמצעות מחשבון ממוחשב (נספח ג') עפ"י טבלת המרה אשר נבנתה ע"י אנשי מקצוע בתחום הרפואי (נספח ב').

14. מסך השעות המחושבות כמפורט לעיל (110 שעות לחודש לכל היותר) מופחתים באופן אוטומטי 25% באמצעות נוסחה אשר הוטמעה במחשבון הסיוע, זאת כחלופה למבחן ההכנסות / הפחתה קבועה כפי שנעשה בעבר.

15. הסיוע המירבי שניתן לאשר לזכאי לאחר הפחתה אוטומטית כאמור עומד על 83 שעות לחודש (110-25% = 83).

16. לזכאים אשר מקבלים סיוע שחושב לפי שיטת ההערכה / החישוב קודמת שהיתה נהוגה לפני פרסום הוראה זו, ישולם הסיוע הגבוה מבין שתי השיטות.

17. הסיוע יינתן באמצעות הזנת כמות שעות הסיוע להן זכאי להטבה / הפניה, אשר תשולם לזכאי או לחברה, לפי עניין, בהתאם לתעריף השעה המקובל.

18. תעריף השעה יעודכן מעת לעת ע"י ראש תחום רווחה כלכלית וסיעוד, בהתאם לעדכון שיתקבל מהמוסד לביטוח לאומי.

19. **להורה שכול שגילו 80 ומעלה, אשר שכל ילד יחיד ומתגורר בגפו או לאלמנה שגילה 80 ומעלה ללא ילדים המתגוררת בגפה** - תאושר עזרה לטיפול אישי בידי הזולת בהיקף של 30 שעות חודשיות גם אם לא הוגש טופס תפקודים. אם הוגש טופס תפקודים המעיד על צורך בסיוע בהיקף הנמוך מ – 30 שעות יאושר הסיוע בהיקף של 30 שעות.

20. **לזכאי החולה במחלה ממארת (סרטן)** אשר נמצא בטיפולים כימותרפיים או בטיפולי ביותרפיה (טיפול ביולוגי) או בטיפולי הקרנות יאושר סיוע לטיפול אישי בידי הזולת בהיקף של 40 שעות לחודש בהסתמך על אישור רפואי המעיד על משך הטיפולים, ללא צורך בהצגת טופס תפקודים.
במידה והוגש טופס תפקודים, הסיוע יינתן בהיקף הגבוה מבין 2 האפשרויות.
הסיוע כאמור יינתן במהלך הטיפולים לתקופה של עד 6 חודשים ובכפוף לאישור על אי קבלת הסיוע מבטל״א בתקופה זו.

21. **לזכאי חולה לב** לאחר ניתוח לב פתוח / ניתוח מעקפים יאושר סיוע בהיקף של 40 שעות חודשיות בהסתמך על אישור רפואי / סיכום מחלה ללא צורך בהצגת טופס תפקודים.
הסיוע כאמור יינתן לתקופה של חודשיים ממועד השחרור מבית החולים בכפוף לאישור על אי קבלת הסיוע מבטל״א בתקופה זו.

<u>עקרונות חישוב הסיוע (המוטמעים במחשבון)</u>

22. לזכאי אשר קיבל ניקוד 8-10 בשאלון התפקוד הבסיסי (BADL) תאושר באופן אוטומטי **השלמה ל-75 שעות חודשיות** (לאחר הפחתה כאמור בסעיף 14) ללא צורך בביצוע חישוב עבור ניקוד בשאלון התפקוד המורחב (IADL).
23. לזכאי שקיבל ניקוד 11-15 בשאלון התפקוד הבסיסי (BADL) תאושר באופן אוטומטי **השלמה ל-83 שעות חודשיות** (לאחר הפחתה כאמור בסעיף 14) ללא צורך בביצוע חישוב עבור ניקוד בשאלון התפקוד המורחב (IADL).
24. לזכאי שזקוק להשגחה מלאה לפי שאלון ההערכה הקוגניטיבית תאושר באופן אוטומטי **השלמה ל-83 שעות חודשיות** (לאחר הפחתה כאמור בסעיף 14).
25. החישוב עבור המגבלות בשאלון התפקוד המורחב (IADL) יבוצע **רק** לזכאי אשר קיבל ניקוד 1-7 בשאלון התפקוד הבסיסי <u>ואינו זקוק להשגחה מלאה</u> לפי שאלון ההערכה הקוגניטיבית.
26. לזכאי אשר קיבל ניקוד 1-3 בשאלון התפקוד הבסיסי (BADL) בגין מגבלות המצריכות ״עזרה חלקית״ בלבד (כלומר, לא יותר מנקודה 1 עבור כל מגבלה) ואשר אינו זקוק

להשגחה לפי שאלון ההערכה הקוגניטיבית, תאושר מחצית שעות הסיוע עבור המגבלות שסומנו בשאלון התפקוד המורחב (IADL).

27. לזכאי כאמור בסעיף 26, אשר זקוק להשגחה חלקית לפי שאלון ההערכה הקוגניטיבית, יאושר מלוא הניקוד עבור המגבלות שסומנו בשאלון התפקוד המורחב (IADL).

28. היקף הסיוע עבור סעיפי **התפקוד המורחב** (IADL) ייקבע בהתאם לעקרונות הבאים:

א. **זכאי המתגורר בגפו** ייקבל את מלוא הניקוד שלו הוא זקוק לפי שאלון התפקוד המורחב.

ב. **זוג זכאים ששניהם מקבלים סיוע** בעזרת הזולת באמצעות האגף – כל אחד מהם יהיה זכאי למחצית השעות עבור הניקוד שקיבל לפי שאלון התפקוד המורחב.

ג. **זכאי המתגורר עם אדם נוסף** (בין שהוא זכאי האגף ובין שאינו) ייקבל מחצית השעות עבור הניקוד שלו לפי שאלון התפקוד המורחב.

ד. **זכאי המתגורר עם אדם נוסף** (בין שהוא זכאי האגף ובין שאינו), אשר **אינו כשיר לסייע** (בהתבסס על אישור מתאים ומפורט) ייקבל את מלוא הניקוד שלו לפי שאלון התפקוד המורחב.

29. במקרים של התדרדרות במצב קוגניטיבי, יכולת ראיה ו/או שליטה בסוגרים ניתן יהיה לאשר תוספת ניקוד בהתאם בהסתמך על טופס תפקודים הקיים בתוך התיק ועל אישור רפואי ספציפי המתייחס להחמרה כאמור.

30. לצורך קבלת ניקוד עבור סעיף ראיה לזכאי עד גיל 75 יש לצרף אישור תעודת עיוור/ כבד ראייה. לזכאי מעל גיל 75 ניתן להסתמך על אישור מרופא עיניים או רופא משפחה המעיד על מצב ראייתו.

<u>אופן הטיפול בבקשה לסיוע בעזרה לזולת - כללי</u>

31. זכאי המבקש סיוע לטיפול אישי בידי הזולת (בקשה ראשונה/ בקשה להארכת תוקף הסיוע/ בקשה להגדלת היקף הסיוע) יפנה לעובד הרווחה במחוז המטפל בו.

32. עובד הרווחה יבצע את הפעולות הבאות:

א. יעביר לזכאי טופס תפקודים (נספח א') למילוי ע"י הרופא / אחות המטפל/ת.

ב. יפנה למוסד לביטוח לאומי לקבלת אישור בכתב על-מנת לוודא שהזכאי לא מקבל סיוע עפ"י חוק הסיעוד או קצבת שירותים מיוחדים.

ג. לאחר החזרת טופס תפקודים מלא וחתום וכן סיכום מידע רפואי כנדרש, יזין את הנתונים למחשבון הממוחשב (נספח ג') לצורך קביעת היקף הסיוע.

<u>מתן הסיוע באמצעות הפניה לחברת סיעוד</u>

33. בחר הזכאי לקבל את הסיוע באמצעות אחת מחברות סיעוד שעמן יש לאגף הסכם התקשרות בתוקף, יפתח עובד הרווחה הפניה לחברת הסיעוד הרלוונטית לפי מק"ט 10668 במערכת "שמש".

34. עובד הרווחה יסרוק לתוך הבקשה את המסמכים הבאים:

- טופס תפקודים מלא וחתום על-ידי הגורם הרפואי וכן על-ידי הזכאי בסעיפי הצהרה ויתור על סודיות סיכום מידע רפואי ממוחשב.
- טופס לחישוב היקף הסיוע.
- אישור ביטוח לאומי.
- אישור להעסקת בן משפחה – ככל שנדרש.

35. תוקף ההפניה יוזן כדלקמן:

א. לזכאי **מתחת לגיל 67** – בהסתמך על קביעת הרופא בטופס התפקודים ולא יותר משנתיים.

ב. לזכאי **מעל גיל 67** – סיוע לצמיתות, אלא אם סימן הרופא אחרת בטופס התפקודים.

36. עובד הרווחה יפנה טלפונית לחברת הסיעוד שנבחרה על-ידי הזכאי וימסור את הפרטים הנדרשים לצורך טיפול ראשוני בפנייה.

37. לאחר אישרורה על-ידי היחידה לחשבונאות משפחות באגף הכספים, תודפס ההפניה ותועבר אל החברה.

38. עובד הרווחה יוודא קבלת ההפניה בחברת הסיעוד ויוסיף הערה במעקב הטיפול בתיק הזכאי כי ההפניה התקבלה ואת שם הנציג שאישר את קבלתה.

39. במידה ויעלה הצורך בהעסקת בן משפחה ע"י חברת הסיעוד, יעביר עובד הרווחה אישור רלוונטי (נספח ו') ישירות לחברה.

40. עובד הרווחה יעדכן את הזכאי בדבר סיום הטיפול בבקשה ובמקרה של דחיה יישלח מכתב קצין תגמולים עם זכות ערעור כנדרש.

41. חשבוניות המתקבלות מחברות הסיעוד בגין טיפול בזכאים יועברו ישירות לטיפול ולתשלום על-ידי מוקד הספקים של האגף כמפורט בהסכם ההתקשרות של כל חברה עם האגף.

<u>מתן סיוע לטיפול אישי בידי הזולת באמצעות הטבה</u>

42. בחר הזכאי להעסיק עובד זר או מטפל מקומי באופן עצמאי ולקבל את הסיוע באמצעות הטבה כספית לתגמול, יפתח עובד הרווחה הטבה במק"ט מתאים במערכת "שמש" (מק"ט 44833 עבור עובד זר, מק"ט 44832 למטפל מקומי).

43. עובד הרווחה יסרוק לתוך הבקשה את המסמכים הבאים:

- טופס תפקודים מלא וחתום על-ידי הגורם הרפואי וכן על-ידי הזכאי בסעיפי הצהרה ויתור על סודיות.
- סיכום מידע רפואי ממוחשב.
- טופס לחישוב היקף הסיוע.
- אישור ביטוח לאומי.
- טופס הצהרה על העסקת מטפל (נספח ד').
- טופס הבטחת זכויות סוציאליות חתום בידי הזכאי (נספח ה').
- **עובד זר** – יש לצרף בנוסף גם היתר תקף להעסקת עובד זר מרשות האוכלוסין וההגירה + צילום דרכון של העובד הזר עם אשרת עבודה תקפה + הסכם/ חוזה העסקה בו נקובים מועד תחילת ההעסקה והשכר המשולם לעובד הזר.
- **במקרים של העסקת בן משפחה מדרגה ראשונה** – הבקשה תיבחן ע"י המחוז בהתאם לנסיבות ולצרכי המשפחה כגון: דת, עדה, מגדר, קושי בהתאמת מטפל, מקום מגוריו של הזכאי וכד'. במקרים אלו נדרש לצרף דוח סוציאלי המפרט את נסיבות הבקשה והצורך המיוחד.

44. תוקף ההטבה יוזן כדלקמן:

א. **למטפל מקומי -** בהסתמך על קביעת הרופא בטופס התפקודים ולא יותר משנתיים.

ב. **לעובד זר** – בהסתמך על קביעת הרופא ותוקף היתר ההעסקה שניתן לזכאי על ידי רשות האוכלוסין וההגירה, המוקדם מביניהם.

ג. **במקרים של העסקת בן משפחה מדרגה ראשונה** - בהסתמך על קביעת הרופא בטופס התפקודים ולא יותר משנה. המשך סיוע לכל שנה נוספת יאושר בכפוף להמלצת המחוז המטפל כולל התייחסות מפורשת של העובד הסוציאלי לטיב הקשר בין הזכאי לבן המשפחה המטפל בו, זמינות ואיכות הטיפול.

45. עובד הרווחה יעדכן את הזכאי בדבר סיום הטיפול בבקשה ובמקרה של דחיה יישלח מכתב קצין תגמולים עם זכות ערעור כנדרש.

<u>שינוי באופן קבלת הסיוע בגין טיפול אישי בידי הזולת</u>

46. מעבר מחברת סיעוד להטבה לתגמול:

א. עובד הרווחה ייקצר את תוקף ההפניה לחברת הסיעוד ויודיע לחברה על הפסקת השירות. ההודעה על הפסקת השירות תתועד במעקב טיפול ובסבב ההפניה המקוצרת – מועד ההודעה ולמי בחברה היא נמסרה.

ב. עובד הרווחה יפתח הטבה לפי המק"ט המתאים בצירוף אישור עדכני מהמוסד לביטוח הלאומי על אי קבלת סיוע עפ"י חוק סיעוד / קצבת שירותים מיוחדים + מסמכים על העסקת המטפל כמפורט בסעיף 43.

ג. במקרים בהם השינוי מבוצע שלא בתחילת / סוף חודש, יש לקבל מחברת הסיעוד עדכון בכתב על מספר השעות שמומשו ע"י הזכאי המהלך חודש השינוי. עובד הרווחה יפתח הטבה חד פעמית מקושרת להפניה שקוצרה להשלמת שעות הזכאות עבור חודש זה, וכן הטבה נוספת מתחילת חודש עוקב.

47. מעבר מהטבה לתגמול לחברת סיעוד:

א. במקרים בהם קיבל הזכאי סיעוד במימון עזרת זולת כהטבה לתגמול ומבקש לקבל מעתה את העזרה באמצעות חברת סיעוד, יפנה עובד הרווחה למוסד לביטוח לאומי לקבלת אישור בכתב כי הזכאי אינו מקבל סיעוד עפ"י חוק הסיעוד / קצבת שירותים מיוחדים.

ב. במקביל יגביל את תוקף ההטבה לסוף חודש בו פנה הזכאי ויפתח הפניה חדשה לחברת הסיעוד בהתאם לבחירת הזכאי מתחילת חודש עוקב בהתאם להנחיות בסעיף 34.

<u>מתן סיעוד בעת אשפוז בבית חולים/מרכז רפואי שקומי</u>

48. זכאי אשר אושפז בבית-חולים או במרכז שיקום לצורך קבלת טיפול רפואי/ שיקומי לתקופה ממושכת, יוכל לקבל את סיעוד המשרד בטיפול אישי בידי הזולת במהלך 30 ימי אשפוז ראשונים.

49. זכאי **<u>עירי</u>** אשר אושפז לתקופה ממושכת בבית חולים / מרכז שיקום, יוכל לקבל סיעוד במימון טיפול אישי בידי זולת בהתאם לתנאים הרגילים המפורטים בהוראה זו לתקופה שעולה על 30 ימים, זאת באישור ר' תחום רווחה כלכלית וסיעוד. משך סיעוד ייבחן אחת ל-3 חודשים ובכפוף לדו"ח סוציאלי מפורט ועדכני ואישור מבטל"א על אי קבלת סיעוד באמצעותם.

50. אם העסיק עובד זר ובעקבות האשפוז הממושך הוקפא ההיתר להעסקת העובד ע"י רשות האוכלוסין וההגירה, יוכל הזכאי להמשיך לקבל את הסיעוד באמצעות הפניה לחברת סיעוד בכפוף להמצאת המסמכים הנדרשים כמפורט לעיל.

<u>הפסקת הסיעוד עקב פטירת זכאי</u>

51. במקרה של פטירת הזכאי אשר קיבל סיעוד במימון עזרת זולת, ישולם הסיעוד כפי שאושר לו עד סוף חודש הפטירה.

<u>סמכות חריגה</u>

52. **אישור סיוע בעזרת זולת לזכאים עובדים** - במקרים מיוחדים כאשר הזכאי עובד אך הוכח כי קיים צורך רפואי בסיוע בעזרת והוכח כי קיים <u>צורך שיקומי / חברתי מיוחד</u> בהמשך עבודתו של הזכאי, תועבר בקשה בצירוף דו"ח סוציאלי תומך, אישור על היקף המשרה ותלוש שכר אחרון לבחינת ראש תחום רווחה כלכלית וסיעוד לקבלת החלטה בהתייעצות עם נציג היח' לשירותי שיקום משפחות ונציג היח' לחשבונאות משפחות. סיוע במקרים אלה (אם יאושר) יינתן באמצעות הפניה לחברת סיעוד בלבד.
53. במקרים חריגים של אי בהירות ופערים בין המסמכים לבין היכרות עובד הרווחה והעובד הסוציאלי את מצבו של הזכאי, יוגש דו"ח סוציאלי והמלצת מנהל המחוז לר' תחום רווחה כלכלית וסיעוד. ר' תחום רווחה כלכלית וסיעוד יביא המקרה להתייעצות משותפת בפני נציג היח' לשירותי שיקום משפחות לקבלת החלטה משותפת.
54. במקרים בהם ישנם חילוקי דעות בפירוש ההוראה בין המחוז ליח' לחשבונאות משפחות באגף הכספים, יובא העניין להכרעתו של ר' תחום רווחה כלכלית וסיעוד אשר בידו הסמכות לקבוע והכרעתו הינה מחייבת.

<u>מדדי שירות</u>

55. במסגרת המאמץ המתמיד לשיפור השירות לזכאים – על מנהל המחוז לוודא השלמת הטיפול בבקשה בתוך מסגרת זמן שלא תעלה על 22 ימי עבודה ממועד המצאת כל המסמכים על ידי הפונה.
56. מסגרת זמן זה כולל את משך הטיפול על ידי המחוז (7 ימי עבודה) על ידי המטה (5 ימי עבודה) ועל ידי חשבונאות משפחות (עד 10 ימי עבודה).

אריה מועלם

סמנכ"ל וראש אגף משפחות, הנצחה ומורשת

נספח א' להוראה מס' 44.01 – טופס תפקודים

משרד הביטחון
אגף משפחות והנצחה

טופס הערכה תפקודית לצורך מתן סיוע סיעודי

למילוי והערכה ע"י הרופא/ה או האח/ות המטפלים (עמודים 1-3)

*** טופס זה מנוסח בלשון זכר אך מתייחס לשני המינים

תאריך _____

פרטים אישיים

שם מלא: _____ ת.ז. _____ גיל _____

כתובת: _____ ☐ מתגורר לבדו ☐ מתגורר עם: _____

הערכה תפקודית - בסיסית

מעברים	מעבר משכיבה לישיבה ולהפך, מעבר מישיבה לעמידה ולהפך	☐ עצמאי	מבצע מעברים באופן עצמאי ללא סיוע מגורם חיצוני מאף סוג
		☐ זקוק לעזרה חלקית	משתמש בעזר חיצוני ו/או באדם מסייע לחלק מסוגי המעברים
		☐ זקוק לעזרה מלאה	לא מסוגל כלל לבצע מעברים וזקוק באופן מלא לעזר חיצוני ו/או אדם מסייע
תנועה / הליכה		☐ עצמאי	עצמאי בתנועה, לא זקוק לאף עזר גם אם ההליכה איטית אך עצמאית ובטוחה
		☐ זקוק לעזרה חלקית	משתמש במקל הליכה ו/או נתמך באדם מסייע
		☐ זקוק לעזרה מלאה	מסתייע בהליכון ו/או כיסא גלגלים ו/או רותק למיטה
אכילה	היכולת לאכול, להשתמש בכלי אוכל ולהביא את המזון אל הפה	☐ עצמאי	עצמאי באכילה
		☐ זקוק לעזרה חלקית	זקוק לסיוע חלקי בזמן ארוחה
		☐ זקוק לעזרה מלאה	לא מסוגל לאכול בכוחות עצמו, נדרש סיוע מלא בהאכלה
שליטה על סוגרים והיגיינה אישית	היכולת לשלוט על סוגרים ולתפקד באופן עצמאי בחדר השירותים	☐ עצמאי	שליטה מלאה בסוגרים ויכולת דאגה עצמאית להיגיינה אישית בשירותים
		☐ זקוק לעזרה חלקית	שליטה חלקית בסוגרים / הולך לשירותים אך זקוק לסיוע חלקי ו/או להשגחה
		☐ זקוק לעזרה מלאה	ללא שליטה בסוגרים, נעזר באביזרי ספיגה, נתמך באופן מלא באדם מטפל
רחצה	היכולת היומיומית להתקלח באופן בטוח	☐ עצמאי	מתקלח באופן עצמאי ובטוח באופן יומיומי
		☐ זקוק לעזרה חלקית	זקוק להשגחה / עזרה חלקית ברחצה
		☐ זקוק לעזרה מלאה	זקוק לעזרה מלאה ברחצה
הלבשה	היכולת להתלבש	☐ עצמאי	עצמאי בהלבשה
		☐ זקוק לעזרה חלקית	זקוק לעזרה בפלג גוף עליון / תחתון
		☐ זקוק לעזרה מלאה	זקוק לעזרה מלאה בהלבשה
ראיה		☐ עצמאי	תפקוד עצמאי ללא עזר
		☐ זקוק לעזרה חלקית	ליקוי ראיה שלא מהווה תלות משמעותית במשקפיים
		☐ זקוק לעזרה מלאה	ליקוי ראיה המהווה תלות משמעותית במשקפיים / עיוורון / כבד ראיה עם תעודת עיוור
שמיעה		☐ עצמאי	תפקוד עצמאי ללא עזר
		☐ זקוק לעזרה חלקית	ליקוי שמיעה שלא מהווה תלות משמעותית במכשיר שמיעה
		☐ זקוק לעזרה מלאה	ליקוי שמיעה המהווה תלות משמעותית במכשיר / חירש

הערכה תפקודית - מורחבת

הכנת מזון	תכנון, הכנה והגשת המזון	☐ עצמאי ☐ זקוק לעזרה חלקית ☐ זקוק לעזרה מלאה	מתכנן, מכין ומגיש את הארוחה באופן עצמאי זקוק לעזרה חלקית בהכנת המזון ו/או בהגשתו זקוק לעזרה מלאה בהכנה והגשה של המזון
קניות	היכולת לצאת לקניות, לקבל החלטות, לשלם, להתנייד עם עגלה או שקיות	☐ עצמאי ☐ זקוק לעזרה חלקית ☐ זקוק לעזרה מלאה	עורך קניות באופן עצמאי נדרש למלווה בכל יציאה לקניות לא מסוגל לערוך קניות
כביסה ומשק בית	כביסה, הדחת כלים, פינוי והכנסת כלים למדיח, הצעת מיטה, ניקיון הבית וכו'	☐ עצמאי ☐ זקוק לעזרה חלקית ☐ זקוק לעזרה מלאה	מנהל משק בית באופן עצמאי או עם עזרה מזדמנת זקוק לסיוע בחלק ממטלות הבית זקוק לסיוע מלא בכל המטלות הקשורות במשק בית
ניידות מחוץ לבית ותחבורה	היכולת להתנייד ממקום למקום באמצעות מכונית / תחבורה ציבורית	☐ עצמאי ☐ זקוק לעזרה חלקית ☐ זקוק לעזרה מלאה	מתנייד באופן עצמאי בנהיגה או בתחבורה ציבורית מתנייד רק במונית / בהסעה / בתחבורה ציבורית עם מלווה לא מתנייד כלל ממקום למקום
נטילת תרופות	היכולת לסדר תרופות, לזהות אותן, להכין מינון נכון וליטול אותן בזמן הנכון	☐ עצמאי ☐ זקוק לעזרה חלקית ☐ זקוק לעזרה מלאה	עצמאי, אחראי בלעדי לנטילת התרופות במינונים ובזמן הנכון מסוגל להיות אחראי ללקיחת תרופות אך זקוק לעזרה בסידורן מראש לפי המינון הנכון זקוק לעזרה מלאה בכל הנוגע להכנה ונטילת התרופות
יכולת להשתמש בטלפון וביישומים דיגיטליים / יכולת לחייג ולענות לשיחות		☐ עצמאי ☐ זקוק לעזרה חלקית ☐ זקוק לעזרה מלאה	מסוגל להשתמש באופן עצמאי בטלפון ולחייג מספרים יכול להתקשר למספרים נבחרים ו/או רק להשיב לשיחות לא מסוגל להשתמש בטלפון
ניהול כספים	ניהול תקציב, רכישות, תשלום חשבונות, התנהלות מול הבנק	☐ עצמאי ☐ זקוק לעזרה חלקית ☐ זקוק לעזרה מלאה	מנהל תקציב, משלם חשבונות, כותב המחאות, הולך לבנק אם יש צורך מתנהל עצמאי עם רכישות קטנות יומיומיות אך נדרש לעזרה ברכישות גדולות והתנהלות מול הבנק זקוק לעזרה מלאה בכל הנוגע לעיסוק בכספים

הערכה קוגניטיבית

☐ אין צורך בהערכה קוגניטיבית

☐ מופנה לייעוץ וחוות דעת גריאטר /פסיכיאטר

☐ קיימת חוות דעת תקפה של גריאטר / פסיכיאטר/ נוירולוג / **הערכה קוגניטיבית*** לפיה הפונה הינו :

☐ **זקוק להשגחה חלקית** ☐ **זקוק להשגחה מלאה**

***יש לצרף חוות דעת או הערכה שבוצעה על ידי גורם מוסמך באמצעות כלי מקובל ומתוקף (Moca, Sweet 16, MMCE ועוד)**

אבחנות רפואיות עיקריות וסיכום מגבלות תפקודיות

_____

_____

_____

_____

***יש לצרף סיכום רפואי ממוחשב**

הערכת משך הזמן הנדרש לסיוע

- ☐ 3 חודשים
- ☐ 6 חודשים
- ☐ כשנה
- ☐ לצמיתות
- ☐ אחר_____

צרכים רפואיים נוספים

משתמש מוצרי ספיגה ☐ כן ☐ לא

נוטל תרופות קבועות ☐ כן ☐ לא

זקוק ללחצן מצוקה ☐ כן ☐ לא

זקוק לעזרים / אביזרים / מכשירים רפואיים ☐ כן ☐ לא

ובמידה וכן, פרט:_____

חתימה וחותמת הרופא/ה או האח/ות

שם _____ **חתימה וחותמת:** _____

חלק זה ימולא וייחתם ע"י מבקש הסיוע

*** במידה והזכאי עבורו מבוקש הסיוע אינו יכול לחתום על הצהרות אלה, ימולא וייחתם חלק זה ע"י בן משפחה או מיופה כוח אשר מגישים את הבקשה בשמו.

ויתור סודיות לעניין בקשה לקבלת סיוע בסיעוד

- הריני לאשר למשרד הביטחון ו/או מי מטעמו למסור אודותיי מידע רפואי / אישי / נפשי / סוציאלי לרבות מידע על טיפולים רפואיים ו/או נפשיים או כל מידע אחר שיידרש למוסד לביטוח הלאומי / רשות האוכלוסין וההגירה / חברת הסיעוד ו/או מי מטעמה ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו אליכם בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.
- הריני לאשר למשרד הביטחון לקבל אודותיי מידע או מסמך מכל סוג מהמוסד לביטוח הלאומי / רשות האוכלוסין וההגירה / חברת הסיעוד, לרבות מידע רפואי וכן כל מידע על הזכויות להם אני זכאי / הייתי זכאי ממוסר המידע.

שם:_____ ת.ז. _____ חתימה: _____

הצהרת מבקש/ת הסיוע

- הריני להצהיר כי טופס זה מולא ע"י הרופא/ה או האח/ות המוסמכים כ ולא נעשו בו שינוים לאחר המילוי כאמור.
- ידוע כי למשרד הביטחון שמורה הזכות לבקש את הטופס המקורי במסגרת תקופה של 6 חודשים לאחר הגשת הבקשה לסיוע.

שם _____ חתימה: _____ תאריך:_____

נספח ב' להוראה מס' 44.01 – טבלת המרה

אחוז הפחת הנדרש --<<<	25.00%

פרק א'	רמת תפקוד	ניקוד
מעברים	עצמאי	0
מעברים	זקוק לעזרה חלקית	1
מעברים	זקוק לעזרה מלאה	2
תזוזה	עצמאי	0
תזוזה	זקוק לעזרה חלקית	1
תזוזה	זקוק לעזרה מלאה	2
אכילה	עצמאי	0
אכילה	זקוק לעזרה חלקית	1
אכילה	זקוק לעזרה מלאה	2
שליטה על סוגרים והגיינה אישית	עצמאי	0
שליטה על סוגרים והגיינה אישית	זקוק לעזרה חלקית	1
שליטה על סוגרים והגיינה אישית	זקוק לעזרה מלאה	2
רחצה	עצמאי	0
רחצה	זקוק לעזרה חלקית	1
רחצה	זקוק לעזרה מלאה	2
לבוש	עצמאי	0
לבוש	זקוק לעזרה חלקית	1
לבוש	זקוק לעזרה מלאה	2
חסרים סנסוריים - ראייה	עצמאי	0
חסרים סנסוריים - ראייה	נעזר באופן חלקי	0
חסרים סנסוריים - ראייה	נעזר באופן מלא	2
חסרים סנסוריים - שמיעה	עצמאי	0
חסרים סנסוריים - שמיעה	נעזר באופן חלקי	0
חסרים סנסוריים - שמיעה	נעזר באופן מלא	1

ניקוד שאלון B-ADL	מספר שעות	0.0%
0	0	0.00
1	15	15.00
2	30	30.00
3	45	45.00
4	60	60.00
5	65	65.00
6	70	70.00
7	75	75.00
8	80	80.00
9	85	85.00
10	90	90.00
11	100	100.00
12	100	100.00
13	100	100.00
14	100	100.00
15	100	100.00

פרק ב'	רמת תפקוד	ניקוד
יכולת להשתמש בטלפון / ביישומים דיגיטליים	עצמאי	0
יכולת להשתמש בטלפון / ביישומים דיגיטליים	זקוק לעזרה חלקית	0
יכולת להשתמש בטלפון / ביישומים דיגיטליים	זקוק לעזרה מלאה	0
קניות	עצמאי	0
קניות	זקוק לעזרה חלקית	1
קניות	זקוק לעזרה מלאה	2
הכנת מזון	עצמאי	0
הכנת מזון	זקוק לעזרה חלקית	1
הכנת מזון	זקוק לעזרה מלאה	2
כביסה ומשק בית	עצמאי	0
כביסה ומשק בית	זקוק לעזרה חלקית	1
כביסה ומשק בית	זקוק לעזרה מלאה	2
ניידות ותחבורה	עצמאי	0
ניידות ותחבורה	זקוק לעזרה חלקית	1
ניידות ותחבורה	זקוק לעזרה מלאה	2
נטילת תרופות	עצמאי	0
נטילת תרופות	זקוק לעזרה חלקית	0.5
נטילת תרופות	זקוק לעזרה מלאה	1
ניהול כספים	עצמאי	0
ניהול כספים	זקוק לעזרה חלקית	0
ניהול כספים	זקוק לעזרה מלאה	0

ניקוד שאלון I-ADL	מספר שעות	0.0%
0	0.0	0.0
0.5	2.0	2.0
1	4.0	4.0
1.5	5.5	5.5
2	7.0	7.0
2.5	10.0	10.0
3	13.0	13.0
3.5	16.0	16.0
4	19.0	19.0
4.5	21.5	21.5
5	24.0	24.0
5.5	25.0	25.0
6	26.0	26.0
6.5	30.0	30.0
7	34.0	34.0
7.5	36.5	36.5
8	39.0	39.0
8.5	41.0	41.0
9	43.0	43.0

פרק ג'	רמת תפקוד	ניקוד
צורך בהשגחה	עצמאי	0
צורך בהשגחה	זקוק להשגחה חלקית	1
צורך בהשגחה	זקוק להשגחה מלאה	2

מתגורר עם	אחוז זכאות
מתגורר לבדו	100%
מתגורר עם אדם נוסף שאינו זכאי	50%
מתגורר עם בן משפחה זכאי	50%
מתגורר עם בן משפחה שאינו כשיר לסיוע	100%

נספח ג' להוראה מס' 44.01 – מחשבון לחישוב היקף הסיוע

טופס הערכה תפקודית

שם הזכאי:

תיק מס':

פרק א' - הערכה בסיסית	BADL		
קטגוריה	רמת תפקוד	מתגורר עם	מתגורר לבדו
מעברים	עצמאי		
תנועה	עצמאי		
אכילה	עצמאי		
שליטה על סוגרים והיגינה אישית	עצמאי		
רחצה	עצמאי		
לבוש	עצמאי		
חסרים סנסוריים - ראייה	עצמאי		
חסרים סנסוריים - שמיעה	עצמאי		

פרק ב' - הערכה מורחבת	IADL
קטגוריה	רמת תפקוד
הכנת מזון	עצמאי
קניות	עצמאי
כביסה ומשק בית	עצמאי
ניידות ותחבורה	עצמאי
נטילת תרופות	עצמאי
יכולת להשתמש בטלפון / ביישומים דיגיטליים	עצמאי
ניהול כספים	עצמאי

פרק ג'	השגחה
קטגוריה	רמת תפקוד
צורך בהשגחה	עצמאי

סיכום שעות זכאות

	סך ניקוד	שעות זכאות
זכאות תפקודית בסיסית (BADL)	0	0
זכאות תפקודית מורחבת (IADL)	0	0
רכיב מתגורר עם	100%	0
רכיב הערכה קוגנטיבית	0	0
סה"כ שעות זכאות		0

נספח ד' להוראה מס' 44.01 – הצהרה על העסקת מטפלת

מדינת ישראל

משרד הביטחון
אגף משפחות , הנצחה ומורשת

אל: משרד הביטחון - אגף משפחות, הנצחה ומורשת

חובה למלא את השדות המסומנים ב *.	
תאריך	
מספר תיק	
מחוז מטפל	

הנדון: הצהרה על העסקת מטפל/ת לסיוע בידי הזולת

הריני מצהיר/ה בזאת על העסקת מטפלת בביתי

מתאריך: _____ מספר פעמים בשבוע: _____ למשך _____ שעות

שכר: ◯ שעתי _____(₪) ◯ חודשי _____(₪)

פרטי המטפל/ת

שם משפחה *	שם פרטי *		מספר תעודת זהות / מספר דרכון *
רחוב *	מס' בית *	יישוב *	מיקוד
תאריך	חתימת המטפל/ת		

חתימת הזכאי

תאריך	מספר תעודת זהות	חתימה

תאריך _____ ☐ הריני מאשר/ת חתימת המסמך באופן דיגיטלי

_____
חתימת המבקש
(במקרים בהם הטופס מוגש ידני)

נספח ד' להוראה מס' 44.01 – הצהרה על העסקת מטפלת

<u>הצהרה על העסקת מטפל/ת באנגלית</u>

I hereby declare that I am employing a caregiver beginning on the (date): _____

_____ times a week, and for : _____ hours a day.

The fee (per hour) will be:_____ n.i.s.

<u>or</u>

a monthly rate: _____ n.i.s

The name of caregiver: _____

ID number: _____

Passport No.: _____

Address:

_____

Caregiver's signature:

_____

Date: ____ /_____ / _____

Employer's name: _____

Employer's signature: _____

Employer's ID number: _____

הריני מצהיר בזה שאני מעסיק מטפלת בביתי החל מתאריך _____

בשבוע _____ פעמים, למשך _____ שעות ביום.

בשכר לשעה _____ ₪

<u>או</u>

בשכר חודשי _____ ₪

שם המטפל/ת: _____

תעודת זהות: _____

מס' דרכון : _____

כתובת:

_____

חתימת המטפל/ת:

_____

תאריך: _____/_____/_____

שם הזכאי: _____

חתימת הזכאי: _____

תעודת זהות: _____

נספח ה' להוראה מס' 44.01 – הצהרה על הבטחת זכויות סוציאליות

<u>הבטחת זכויות – תשלום בהטבה כספית</u>

אני הח"מ _____ , מס' תיק _____

מבקש/ת לקבל, לפי בחירתי, את הסיוע לעזרה לזולת עקב מצב בריאות בהטבה בנוסף לתגמול , כאשר ידוע לי כי על פי ההוראות , הכלל הוא , כי העזרה לזולת ניתנת באמצעות חברות סיעוד .

ידוע לי שאני מעסיק/ה מטפל/ת וכי הנני נושא/ת במלוא האחריות כמעסיק/ה כחוק בכל הקשור ליחסי עובד מעביד. (מעל גיל 21)

במסגרת זו, באחריותי לדאוג לזכויותיו/ה של המטפל/ת ולביטוחו/ה במוסד לביטוח לאומי ולשלם לו/ה ובעבורו/ה מלוא הזכויות הסוציאליות (דמי ביטוח לאומי וביטוח בריאות , חופשה , קצובת הבראה , מחלה , פיצויים וכדו') המגיעות לו/ה כחוק.

ידוע לי כי יש למשרד זכות משפטית להפסיק ההטבה לאלתר במקרים בהם אין טיפול ראוי.

הנני מצהיר כי תשלום הסיוע שאני מקבל לעזרה לזולת בהטבה בנוסף לתגמול , נועד במלואו למטרה זו בלבד .

_____ _____

תאריך חתימה

נספח ו' להוראה מס' 44.01 – אישור העסקת בן משפחה

מס' תיק _____

מחוז_____

תאריך:_____

לכבוד

חברת סיעוד _____

<u>הנדון: אישור העסקת בן משפחה – טיפול אישי בידי הזולת</u>

בהתאם לפניית המשפחה הננו מאשרים טיפול אישי בידי הזולת באמצעות חברתכם לבן משפחה של ההורה/ זוג הורים / האלמנה:

תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי

היקף הסיוע יינתן בכפוף לשעות הסיעוד המאושרות.

שעות הסיעוד המאושרות לתשלום: _____ שעות.

אישור זה תקף עד לתאריך _____.

לבירורים נוספים ניתן לפנות למוקד השירות הטלפוני של אגף משפחות הנצחה ומורשת, בטלפון: 03-7776700.

בברכת בריאות טובה,

_____

עובדת רווחה