

הוראות והודעות

מספר ההוראה: 5.7 (הוראה 7 לפרק 5 בתע"ס) מס' עמודים: 20

תאריך תחולה: 1.1.2007 תאריך פרסום: י' בטבת תשס"ז
31 בדצמבר 2006

שרותי תמיכה לתקשורת עבור אנשים עם לקות שמיעה

=====

1. כללי

- 1.1 הוראה זאת באה במקום ההוראה שפורסמה בתאריך 21.3.06.
- 1.2 תקשורת הינה כלי חיוני לשילוב ותפקוד אדם עם לקות שמיעה בחברה ובקהילה ומאפשרת מיצוי ומימוש הפוטנציאל הגלום בו.
- 1.3 מטרת השירותים לאוכלוסייה עם לקות שמיעה הינה לאפשר לה תקשורת עם הסביבה השומעת, ולשפר התקשורת בתוך קהילת לקויי השמיעה.
- 1.4 בהוראה זו מפורסמים ההנחיות והנהלים בעניין:
 - א. מתן שירותי תמיכה לתקשורת עבור אוכלוסיית אנשים עם לקות שמיעה.
 - ב. יישום הוראות ההסכם בין ממשלת ישראל לבין נציגי החרשים מיום 12.6.02 בנושא הנ"ל.

2. הגדרות

- 2.1 קלינאיות/ת תקשורת - אדם שקיבל מספר הכרה במעמד מטעם משרד הבריאות כקלינאיות/ת תקשורת.
- 2.2 לקות שמיעה - פגיעה ביכולת השמיעה של לפחות 50 dB (עפ"י חישוב ממוצע סיפי השמיעה 500 עד 4,000 הרץ (Hz) באוזן הטובה), שנקבעת ע"י בדיקה אודיולוגית ממכון שמיעה המוכר ע"י קופות החולים, והחתומה ע"י קלינאיות/ת תקשורת.
- 2.3 אודיוגרמה - תוצאה של בדיקת שמיעה הנעשית במכון אודיולוגי על ידי קלינאיות/ת תקשורת והחתומה על ידו/ה.
- 2.4 נותן שירות - ארגון למתן שירותי תמיכה לאנשים עם לקות שמיעה, שעמד בתנאי המכרז שמפרסם משרד הרווחה לעניין זה, מעת לעת.
- 2.5 אדם עובד - מי שעובד בשכר לפחות 25 שעות בשבוע.
- 2.6 בעל תעודת עיוור/לקוי ראייה - כהגדרתו בהוראה 6.3 בתע"ס.

3. סוגי שירותי תמיכה לתקשורת

הזכאות למתן שירותי תמיכה לתקשורת המפורטים להלן תקבע ע"י קלינאיות/ת התקשורת הארציות באגף השיקום במשרד הרווחה על סמך המסמכים המפורטים בסעיף 4 להלן.

3.1 שירותי תרגום / תימלול/העתקת סימנים

3.1.1 מטרת השירות

השירותים האלה מיועדים לסייע ללקוח בתפקודו היומיומי בכל תחומי החיים.

3.1.2 מהות השירות

- (1) תרגום מ/ל שפת הסימנים.
- (2) שירות תמלול - הקלדת הנאמר, בזמן אמת, על גבי מחשב (נייח או נייד) כך שהאדם עם לקות שמיעה יוכל לקרוא את הנאמר לו, מתוך המסך או ממקרן.
- (3) העתקת סימנים - העברת מידע ממתורגמן לשפת סימנים לאדם עם לקות שמיעה שהוא גם בעל תעודת עיוור/לקוי ראייה, בדרכי תקשורת המתאימות לאותו אדם.
- (4) השירות יינתן לשימוש בתחומים המפורטים להלן עפ"י סדר העדיפויות כדלקמן:
 - א. שירותי בריאות
 - ב. חינוך
 - ג. רווחה
 - ד. תעסוקה
 - ה. תרבות פנאי

3.1.3 אופן מתן השירות

- (1) שירותי תרגום מ/לשפת סימנים יינתנו באמצעות נותן שירות וזאת ע"י איש מקצוע בוגר קורס מתורגמנות מ/לשפת סימנים המוכר ע"י משרד הרווחה.
- (2) שירותי תמלול ינתנו באמצעות נותן השירות וזאת ע"י קלדנ/ית מיומנת/ת בקלדנות בזמן אמת.
- (3) שירותי העתקת סימנים יינתנו בזמן פעילות קבוצתית ע"י אנשים שהוכשרו כמעתיקי סימנים באמצעות גוף המוכר ע"י אגף השיקום במשרד הרווחה.

א. אדם עם לקות שמיעה

(1) אדם בגיל 16 ומעלה עם לקות שמיעה, שחלה אצלו ירידה בשמיעה של 70 dB ומעלה על פי ממוצע סיפי השמיעה בתדרים 500-4000 הרץ באוזן הטובה, יהיה זכאי ל-45 שעות תרגום ו/או תמלול בשנה.

(2) אדם בגיל 16 ומעלה עם לקות שמיעה, שחלה אצלו ירידה בשמיעה של 50 dB עד 69.9 dB ומעלה עפ"י ממוצע סיפי שמיעה בתדרים 500-4000 הרץ באוזן הטובה, יהיה זכאי ל-16 שעות תרגום ו/או תימלול בשנה.

(3) עולה חדש בגיל 16 ומעלה עם לקות שמיעה שחלה אצלו ירידה בשמיעה של 50 dB עד 69.9 dB ומעלה עפ"י ממוצע סיפי שמיעה בתדרים 500-4000 הרץ באוזן הטובה, יהיה זכאי ל-32 שעות תרגום ו/או תמלול בשנה.

ב. אדם עם לקות שמיעה ובעל תעודת עיוור/לקוי ראייה

(1) אדם בגיל 16 ומעלה עם לקות שמיעה, שחלה אצלו ירידה בשמיעה של 70 dB ומעלה עפ"י ממוצע סיפי שמיעה בתדרים 500-4000 הרץ באוזן הטובה והוא בעל תעודת עיוור/לקוי ראייה, יהיה זכאי ל-61 שעות תרגום ו/או תמלול והעתקת סימנים בשנה.

(2) אדם בגיל 16 ומעלה עם לקות שמיעה, שחלה אצלו ירידה בשמיעה של 50 dB עד 69.9 dB ומעלה עפ"י ממוצע סיפי שמיעה בתדרים 500-4,000 הרץ באוזן הטובה והוא בעל תעודת עיוור/לקוי ראייה, יהיה זכאי ל-32 שעות תרגום ו/או תמלול והעתקת סימנים בשנה.

השירות למעתיק סימנים כלול במניין שעות התרגום להם
זכאי אדם עם לקות שמיעה ועיוורון/לקוי ראייה.

ג. הגדלת מכסת שעות תרגום ו/או תמלול והעתקת סימנים
במקרים מיוחדים, רשאי אדם עם לקות שמיעה לבקש הגדלת
מכסת שעות התרגום ו/או תמלול והעתקת סימנים.
על האדם להפנות את בקשתו לנותן השירות אשר יעבירנה
לקלינאי/ת התקשורת הארצי/ת של אגף השיקום במשרד
הרווחה בצרוף חוות דעת שתיתן ע"י גורם שיקבע ע"י
קלינאי/ת התקשורת הארצי/ת.
לאחר קבלת הבקשה וכל החומר הנוסף הנדרש, יחליט/תחליט
קלינאי/ת התקשורת לפי שיקול דעתו/ה הבלעדית בעניין
הבקשה.

3.2 החזר מסים על קניית מכשיר פקסימיליה נייד או נייד או מודם - פקסימיליה

א. מטרת השירות
לאפשר לאדם עם לקות שמיעה תקשורת כתובה לצורך תפקודו
היום יומי.

ב. מהות השירות
החזר כספי השווה לשיעור המע"מ ומס קניה על רכישת מכשיר
פקסימיליה נייד או נייד או מודם פקסימיליה לאדם עם לקות
שמיעה.

ג. אופן מתן השירות
ההחזר הכספי יינתן ע"י נותן השירות.

ד. הזכאות

(1) אדם בגיל 16 ומעלה עם לקות שמיעה שחלה אצלו ירידה

בשמיעה של 50 dB ומעלה עפ"י ממוצע סיפי שמיעה
בתדרים 500-4000 הרץ באוזן הטובה.

(2) הזכות להחזר מסים הינה פעם בחמש שנים ליחידה משפחתית
כהגדרתה בהוראה 1.22 בתע"ס.

3.3 השתתפות ברכישת גלאי בכי

- א. מטרת השירות
סיוע לאדם עם לקות שמיעה שהוא הורה לילד ע"י עזרה ברכישת
מכשיר המתריע על בכיו של הילד.
- ב. מהות השירות
החזר כספי בגובה 90% מעלות המכשיר אך לא יותר מ-5 נקודות
זיכוי (ני"ז).
- ג. אופן מתן השירות
על ידי נותן השירות.
- ד. זכאות להשתתפות ברכישת גלאי בכי
אדם עם לקות שמיעה שחלה אצלו ירידה בשמיעה של 50 dB ומעלה
על פי ממוצע סיפי שמיעה בתדרים 500-4000 הרץ באוזן הטובה
והוא הורה לילד עד גיל 3 באופן חד-פעמי.

3.4 סל תקשורת

- א. מטרת השירות
לעזור לאדם עם לקות שמיעה לרכוש אביזרי עזר לצורך שיפור
תפקודו היום יומי.
- ב. מהות השירות
החזר כספי עבור רכישת פריט אחד או יותר מאביזרי העזר
המפורטים להלן:

אביזרי עזר לשמיעה

מערכת עזר לשמיעה לטלוויזיה
מערכת הגברה אישית FM
מגבר אישי לשמיעה

אביזרי עזר לתקשורת

טלפון ללקויי שמיעה עם הגברת הצלול, הגברת הקול והתראה
לצלצול - ויזואלית ו/או עם כרית רטיטה.
מגבר נייד המתחבר לאפרכסת טלפון
מגבר דיבור לטלפון
מגבר צלצול לטלפון
טלפון נייד הכולל כתיבה וקבלת הודעות SMS
סוללה רוטטת לטלפון נייד
דיבורית לטלפון נייד עם הגברה או השראה למצב T
דיבורית לרכב עם השראה למצב T
וידיאופון
מכשיר פקס נייד/נייד בהתאם לסעיף 3.2 לעיל (לא כולל סכום
המסים שהוחזר).
טלפון לכבדי שמיעה משולב קריאת שפתיים (Speech View)

אביזרי אתראה

אינטרקום, מצלמה ומוניטור.
פעמון דלת מוגבר ו/או מהבהב, אלחוטי או קווי
חישן לזיהוי דפיקה בדלת
גלאי עשן מהבהב
שעון מעורר רוטט/מהבהב שולחני ו/או ידני
מתקן לגילוי צפירות חירום לרכב
מתקן אתראה מהבהב נייד לטלפון/פקח נייד או נייד
מערכת אתראה משולבת כולל מכשיר נייד לתצוגה ויזואלית ו/או
טקטילית

אביזרים למחשב/טלוויזיה/לרכב

מחשב אישי נייד/נייד/כף יד
מדפסת למחשב
מצלמה לאינטרנט
מודמים בהתאם לסעיף 3.2 לעיל (לא כולל סכום המסים שהוחזר)
ממיר דיגיטלי עבור כתוביות
מפענח טלטקסט
מערכת טלוויזיה למשאיות
T.V PHONE
ראי פנורמי מיוחד פנימי וחיצוני לרכב

**במקרים מיוחדים רשאי/ת קלינאי/ת התקשורת הארצי/ת
לאשר החזר כספי עבור רכישת אביזר/ים שאינם מופיע/ים
ברשימה המפורטת לעיל במסגרת סכום הזכאות כמפורט
בסעיף 3.4 ה' להלן**

ג. אופן מתן השירות

סל תקשורת יינתן ע"י נותן השירות כנגד הצגת חשבונית מס/קבלה מקורית.

ד. הזכאות

הזכאות לסל תקשורת:

(1) אישה בגיל 18 ועד גיל 60 וגבר בגיל 18 ועד גיל 65, עם לקות שמיעה של 70 dB ויותר עפ"י ממוצע סיפי שמיעה בתדרים 400-500 הרץ באוזן הטובה ובלבד שלקות השמיעה הזו חלה מלידה או התרחשה עד גיל 3.
או;

(2) אישה בגיל 60 ומעלה וגבר בגיל 65 ומעלה - שהיו זכאים לסל תקשורת, לפני הגיעם לגיל 60 באישה ו-65 בגבר.

(3) זכאות לסל תקשורת לא תחול על אישה שכבר הגיעה לגיל 60, ולגבר שכבר הגיע לגיל 65 לפני ה-15.8.2002.

ה. גובה הסל ועדכונו

(1) החל מיום 1.1.05 עמד סכום סל התקשורת לזכאים על סך 3,036 ש"ח, לכל היותר. סכום זה מתעדכן ב-1 בינואר של כל שנה בהתאם לשיעור עליית מדד המחירים לצרכן המתפרסם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. הסכום מפורסם בנספח להוראה זו, בחוברת התעריפים שבחוזר מנכ"ל.

(2) אישה שלפני הגיעה לגיל 60 וגבר שלפני הגיעו לגיל 65 היו זכאים לסל תקשורת, יהיו זכאים לסל תקשורת מוקטן בגובה 25% מהסכום המופיע בסעיף 3.4 ה' (1) לעיל בהגיעם לגיל 60 באישה ו-65 בגבר.

(3) השתתפות משרד הרווחה בהחזר כספי של כל פריט כמפורט בסעיף 3.4 ב' לעיל תהיה בגובה 90% מעלות הפריט אך לא יותר מ-3,036 ש"ח. (נכון ליום 1.1.05) סכום זה יעודכן ב-1 בינואר של כל שנה בהתאם לשיעור עליית מדד המחירים לצרכן המתפרסמים ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. הסכום לכל פריט המפורט בסעיף 3.4 ב' לעיל מפורסם בנספח להוראה זו בחוברת התעריפים שבחוזר מנכ"ל.

(4) סך סל התקשורת הנ"ל יעמוד לרשות כל אדם כל 4 שנים מיום זכאותו ובמהלכם.

3.5 דמי תקשורת

3.5.1 מטרת השירות

סיוע כספי שניתן לאדם עם לקות שמיעה במימון הוצאות שוטפות הנובעות מהלקות.

3.5.2 מהות השירות

סכום כספי חודשי לאדם עם לקות שמיעה.

3.5.3 אופן מתן השירות

הסכום הכספי יופקד באמצעות משרד הרווחה מדי חודש בחשבון הבנק של האדם הזכאי.

3.5.4 הזכאות

א. אישה בגיל 18 ועד 60 וגבר בגיל 18 ועד 65, עם לקות שמיעה, אשר להם ירידה בשמיעה של 70 dB ויותר עפ"י ממוצע סיפי שמיעה בתדרים 500-4000 הרץ באוזן הטובה ובלבד שלקות שמיעה זו חלה מלידה או התרחשה עד גיל 3.
או;

ב. אישה בגיל 60 ומעלה וגבר בגיל 65 ומעלה שהיו זכאים לדמי תקשורת לפני הגיעם לגיל 60 באישה ו-65 בגבר.

ג. זכאות לדמי תקשורת לא תחול על אישה שהגיעה לגיל 60 ולגבר שהגיע לגיל 65 לפני 15.8.02.

3.5.5 גובה דמי התקשורת ועדכונים

א. סכום דמי התקשורת מיום 15.8.02 ועד ליום 31.12.03 עמד על סך של 288 ש"ח לחודש לאדם זכאי שעובד ועל סך של 260 ש"ח לחודש לאדם זכאי שאינו עובד.

ב. החל מיום 1.1.04 ואילך עמדו דמי התקשורת על סך חדשי של 330 ש"ח לאדם זכאי שעובד ועל סך חודשי של 300 ש"ח לאדם זכאי שאינו עובד.

ג. החל מיום 1.1.05 ואילך עומדים דמי התקשורת על סך של 334 ש"ח לאדם זכאי שעובד ועל סך חודשי של 304 ש"ח לאדם זכאי שאינו עובד.

ד. לאישה בגיל 60 ומעלה ולגבר בגיל 65 ומעלה ישולמו דמי תקשורת בגובה 25% מהסכום שהיו זכאים להם לפני הגיעם לגיל 60 באישה ובגיל 65 בגבר.

ה. עדכון גובה דמי התקשורת נעשה ב-1 בינואר של כל שנה בהתאם לשיעור עליית מדד המחירים לצרכן המתפרסם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. הסכומים מפורסמים בנספח להוראה זו בחוברת התעריפים שבחוזר מנכ"ל.

4. דרכי הפניה

4.1 אדם עם לקות שמיעה יפנה בבקשה לקבלת שירותי תמיכה לתקשורת, למחלקה לשירותים חברתיים במקום מגוריו וימלא טופס בקשה לקבלת שירותי תמיכה לתקשורת שמופיע בנספח א' בצירוף תמונה.

לטופס הבקשה יש לצרף:

(א) אודיוגרמה עדכנית של האדם מהשנתיים האחרונות.

(ב) אישור מהמוסד לביטוח לאומי על אחוזי נכות בגין ליקוי שמיעה עפ"י סעיף עיקרי 72 פרק 7 מחלות אף, פה אוזן וגרון בתקנות הביטוח הלאומי (אם יש).

4.2 המחלקה לשירותים חברתיים תוודא קבלת כל החומר המפורט לעיל מהלקוח (לרבות טופס ממולא וחתום כנדרש) ולאחר מכן תעבירו לאגף השיקום במחוז של משרד הרווחה. העתק של כל החומר המועבר למחוז יתויק בתיק הלקוח במחלקה לשירותים חברתיים.

4.3 לאחר קבלת החומר, יעבירו אגף השיקום במחוז של משרד הרווחה לקלינאיות תקשורת ארציות במשרד הראשי של משרד הרווחה לצורך קביעת זכאותו של הלקוח לשירותי תמיכה לתקשורת, וישאיר גם אצלו העתק.

4.4 לאחר קבלת החומר ע"י קלינאיות התקשורת ובדיקתו י/תמציא את החלטתו/ה בדבר זכאותו של הלקוח לקבלת שירותי תמיכה לתקשורת על גבי נספח ג/1 או ג/2 למחלקה לשירותים חברתיים שתעביר את ההחלטה המקורית ללקוח עם העתק לאגף השיקום במחוז של משרד הרווחה.

5. אופן מתן שירותי תמיכה לתקשורת

5.1 אדם עם לקות שמיעה שאושרה זכאותו לקבלת שירותי תמיכה לתקשורת ע"י קלינאיות תקשורת ארציות, יעביר את ההחלטה לנותן השירות למימוש זכאותו (למעט דמי תקשורת) לשירותים אלו.

5.2 א. מתן דמי תקשורת (סעיף 3.5 לעיל) יבוצע באמצעות המחלקה לשירותים חברתיים.

ב. עם קבלת החלטת קלינאיות התקשורת הארציות בעניין זכאות הלקוח לקבלת שירותי תמיכה לתקשורת, יבדוק עובד מינהל וזכאות במחלקה לשירותים חברתיים את גובה דמי התקשורת להם זכאיות הלקוח עפ"י הוראה זו וימציא את החלטתו בעניין גובה דמי התקשורת ללקוח.

6. בדיקה חוזרת

6.1 רשאי אדם לפנות בבקשה לבדיקה חוזרת לגבי החלטת קלינאיות

התקשורת הארצי/ת בעניין זכאותו לשירותי תמיכה לתקשורת רק כאשר יש לו נתונים חדשים שיכולים לשנות את ההחלטה שניתנה, וזאת עד חצי שנה מיום מתן ההחלטה ע"י קלינאי/ת תקשורת הארצי/ת. במקרים מיוחדים רשאי/ת קלינאי/ת התקשורת הארצי/ת לחרוג מפרק הזמן שנקבע לעיל.

6.2 רשאי/ת קלינאי/ת תקשורת הארצי/ת לדרוש בדיקה חוזרת בכל עת מאדם שנקבעה זכאותו לקבלת שירותי תמיכה לתקשורת. במסגרת הבדיקה החוזרת רשאי/ת קלינאי/ת התקשורת הארצי/ת לדרוש מהאדם האמור שיעבור בדיקות נוספות כפי שיקבע וכן ימציא לו כל מידע שיבקש.

במקרה שהאדם האמור לא ימלא אחר בקשתו של קלינאי/ת תקשורת ארצי במסגרת בדיקתו החוזרת רשאי/ת יהיה קלינאי/ת התקשורת הארצי/ת לבטל את זכאותו לקבלת שירותי תמיכה לתקשורת.

7. הגשת ערר

7.1 הגשת ערר רפואית - לקוח הרואה עצמו נפגע מהחלטת קלינאי/ת התקשורת הארצי/ת רשאי לערער בפני ועדת עררים לנושא זה. יש להביא לתשומת לבו של הלקוח כי הגשת הערר כרוכה בתשלום אגרה בסכום המופיע בנספח ה' להוראה זו בחוברת התעריפים ומתעדכן מעת לעת.

א. הרכב הועדה:

רופא אף אוזן בכיר ושני קלינאי תקשורת - חברי הועדה הינם בלתי תלויים.

ב. ניתן לערער בתוך 45 יום מתאריך קבלת התשובה ממשרד הרווחה על המערער להמציא מסמכים רפואיים עדכניים.

ג. המחלקה לשירותים חברתיים תעביר את המכתב לועדת העררים באמצעות המחוז, המחוזי ישלח לעורר שובר תשלום עבור האגרה (נספח ה'). העורר ישלח את הקבלה למחוז ויוזמן לועדת העררים תוך 60 יום מיום הגשת הערר.

ד. תשובה על החלטת ועדת העררים, תשלח ישירות לעורר עם העתק לפיקוח המחוזי ולמחלקה לש"ח תוך 14 יום מתאריך הדיון.

7.2 הגשת ערר על זכאות - לקוח הרואה עצמו נפגע מהחלטת קלינאי/ת התקשורת הארצי/ת בעניין זכאותו לשירותי תמיכה לתקשורת ו/או מהחלטה של המחלקה לשירותים חברתיים בעניין גובה דמי תקשורת, רשאי להגיש ערר לועדת ערר מחוזית של משרד הרווחה בהתאם להוראה 1.8 בתע"ס.

8. דיווח

8.1 עובד מינהל וזכאות ידווח עבור דמי תקשורת במערכת המת"ס כדלקמן:

סוג העזרה סמל במת"ס

| | |
|----------------------------|-----|
| דמי תקשורת לאדם עובד | 1.6 |
| דמי תקשורת לאדם שאינו עובד | 1.7 |
| דמי תקשורת לזקן שעבד | 1.8 |
| דמי תקשורת לזקן שלא עבד | 1.9 |

8.2 נותן השירות יתעד כל פעולה שנעשית לפי הוראת תע"ס זו לכל לקוח.

8.3 עבור סל תקשורת, השתתפות ברכישת גלאי בכי והחזר מסים על מכשיר פקסימיליה נייד או מודם פקסימיליה, יעביר נותן השירות אחת לחודש לקלינאי/ת תקשורת ארצי/ת רשימת מקבלי השירות וסוג השירות (נספח ו').

8.4 נותן השירות ידווח לאגף השיקום במשרד הרווחה על כל השירותים הניתנים על ידו ללקוחות הזכאים בהתאם להסכם שנחתם בינו לבין משרד הרווחה בנושא זה.

9. מ י מ ו ן

9.1 משרד הרווחה נושא ב-100% עלותם של שירותי תמיכה לתקשורת לזכאים לכך וזאת בכפוף לתקציב המאושר.

9.2 מימון עלותם של שירותי תמיכה לתקשורת יתבצע ע"י משרד הרווחה והמחלקות לשירותים חברתיים מהתקנות התקציביות כדלקמן:

א. קניית שירותי תרגום, מ/לשפת הסימנים ותמלול והעתקת סימנים מתקנה תקציבית "קניית שירותי תרגום" 06.22.27.

ב. סל תקשורת, השתתפות ברכישת גלאי בכי החזר מיסים על קניית פקסימליה נייד או נייד או מודם פקסימליה - מתקנה תקציבית "סל תקשורת לחרשים" 06.22.28.

ג. דמי תקשורת מתקנה תקציבית "דמי תקשורת לחרשים" 06.22.29.

10. פיקוח ובקרה

משרד הרווחה מפעיל בקרה שוטפת ע"י מפקחים במחוזות וע"י האגף לביקורת פנימית.

משה שיאון
המנהל הכללי

נספח ב' / 1 (5.7)

מיועד לתמונת הפונה

מדינת ישראל
משרד הרווחה
אגף השיקום

בקשה לקבלת שירותי תמיכה לתקשורת

א. פרטים אישיים של הפונה (ימולא רק ע"י העובד/ת הסוציאלית/ת במחלקה לשירותים חברתיים)

| | | | | |
|----------|---------|-----------|--------------|----------|
| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות | תאריך לידה | שנת עליה |
| | | | שנה חודש יום | |

כתובת

| | | | | | |
|----------------|------------|------|-----------|----------|-------|
| מין זכר / נקבה | מצב משפחתי | רחוב | מספר הבית | שם הישוב | מיקוד |
| א / ג / נ / ר | | | | | |

| | |
|----------|------------|
| מספר פקס | מספר טלפון |
| | |

ב. הצהרת הפונה (יש לסמן X במשבצות המתאימות)

- אני לקוי/ת שמיעה מלידה או לקוי שמיעה שלי התרחש עד היותי בר/בת שלוש שנים
- לקוי שמיעה שלי התרחש בהיותי בר/בת _____ שנים
- אני מוכר/ת כלקוי/ת שמיעה ע"י משרד הביטחון: לא כן
- אני בעל תעודת עיוור: לא כן, מספר התעודה _____
- אני מבקש/ת להכיר בזכאותי לקבלת שירותי תמיכה לתקשורת.

הצהרת הפונה

הנני מצהיר/ה שכל הפרטים שנמסרו לעיל נכונים ומתחייב/ת להודיעכם על שינוי בפרטים שמסרתי תוך 10 ימים מהשינוי. ידוע לי שאם מסרתי פרטים כוזבים אני צפוי/ה לעונשים ולביטול תשלום דמי התקשורת ושל התקשורת.

תאריך _____ חתימת הפונה _____

ג. פרטי העובד/ת הסוציאלית/ת

הנני מצהיר/ה כי הנ"ל חתם על הצהרה זו בפני לאחר שהוסברה לו משמעותה.

שם העו"ס המטפלת/ת _____ חותמת המחלקה לש"ח _____ תאריך _____

הרשות המקומית: _____ סמל הרשות המקומית: מחוז: _____

לטופס זה יש לצרף את האישורים להלן:

1. אודיאוגרמה מלאה ממכון אודיאלוגי בחתימת קלינאית/ת ומתחייב/ת להודיעכם על שינוי בפרטים שמסרתי תוך 10 ימים מהשינוי.
2. אישור מהמוסד לבטוח לאומי (במידה וקיים) על כך שהפונה מוכר/ת כלקוי/ת שמיעה ומאזיה תאריך מוכר/ת.

הערה: בעת מילוי הטפסים, יש להביא למחלקה לשירותים חברתיים תעודת זהות של הפונה לצורך זיהוי וכן תמונת פספורט אחת של הפונה. התמונה תוצמד לטופס זה במקום המיועד לכך!

הטופס ימולא במקור + 3 עתקים:

1. המקור ישלח לאגף השיקום - קלינאית/ת תקשורת ארצית (נבן)
2. העתק מס' 1 ישלח למחוז (תכלת)
3. העתק מס' 2 ישאר במחלקה לש"ח (ורוד)
4. העתק מס' 3 לפונה (ירוק)

א. 5.7 נ.

אזהרה: טופס זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות - המוסרו שלא כדיון עובר עבירה.

נספח ב' / 2 (5.7)

בדיקת חופא/ת א.א.ג.

א. בדיקה רפואית (חלק זה ימולא ע"י רופא/ת א.א.ג. בהתאם לפקודת הרופאים 1976)

1. ממצאי בדיקה אוטוסקופית:

אוזן ימין: _____

אוזן שמאל: _____

האם סובלת/מדלקות אוזניים חוזרות או נוזלים: לא כן, בימין/ בשמאל

האם עברה/ניתוח שתל קוכלארי: לא כן

2. סיבת הלקוי השמיעתי:

מלידה

מחלה (פרט) _____

אחר (פרט) _____

במקרה של התחרשות, מהו גיל ההתחרשות המשוער? _____ שנים ו- _____ חודשים.

הערות: _____

סיבת הליקוי השמיעתי נקבעה עפ"י:

אנמנזה תיעוד רפואי הכרת הפונה

האדם נבדק על-ידי, זוהה באמצעות תעודת זהות ותמונתו תואמת את זהותו.

שם הרופא: _____ חותמת וחתימה: _____

תאריך הבדיקה: _____ טלפון: _____

טופס נלווה לבדיקת שמיעה

טופס זה ימולא ע"י האודיאלוג/ית הבודק/ת בלבד ויצורף לטופס האודיאוגרמה.

א. אנמנזה

הנבדק/ת לקוי/ת שמיעה מלידה: כן לא, באיזה גיל התגלתה הירידה בשמיעה: _____

האם משתמש/ת במכשירי שמיעה: לא כן אוזן ימין אוזן שמאל

האם עוד מישהו במשפחה סובל מלקוי שמיעה: לא כן, (פרט) _____

ב. ימולא לאחר ביצוע בדיקת השמיעה

יש לסמן את המשפטים המשקפים בצורה הקרובה ביותר את המציאות (ניתן לסמן יותר ממשפט אחד):

אם הנבדק/ת משתמש/ת בשפה ורבלית: ניתן להבינו/ה בקלות מובן/ת חלקית מובן/ת בקושי

הנבדק/ת משתמש/ת:

בשפת הסימנים בשילוב שפת סימנים ושפה ורבלית בקריאת דבור נזקק/ת לתרגום לשפת הסימנים

ג. תוצאות הבדיקה

תוצאות הבדיקה (למיטב הבנתו המקצועית): מהימנות אינו מהימנות - נעשה ניסיון מצד הנבדק/ת

להטות את תוצאות הבדיקה

הערות: _____

שם הקלינאי/ת: _____ חותמת ומס' רשיון: _____ חתימה: _____

תאריך הבדיקה: _____

נספח ג' / 1 (5.7)



תאריך

מדינת ישראל
משרד הרווחה
אגף השיקום
מקור



לכבוד

מר _____

ת.ז. _____

כתובת _____

באמצעות:

עו"ס המחלקה לשירותים חברתיים

הנדון: זכאות לקבלת שירותי תמיכה לתקשורת

הריני להודיע כי:

בקשתך לקבלת דמי תקשורת וסל תקשורת אושרה עפ"י הוראה בתע"ס 5.7 (שירותי תמיכה בתקשורת לאנשים עם לקות שמיעה) הזכאות הנה מתאריך _____

הנדן זכאי ל:

- דמי התקשורת אשר יועברו אחת לחודש ישירות לחשבון הבנק שלך. נא לפנות לעובד הזכאות במחלקה לצורך הסדרת קבלת דמי התקשורת.
- סל תקשורת.
- קבלת שירותי תרגום / תמלול בהיקף של _____ שעות בשנה.
- החזר מיסים ברכישת מכשיר פקסימיליה או מודם פקס, באם טרם ניצלת אפשרות זו. הזכאות אחת ל 5 שנים למשפחה.
- החזר תשלום עבור רכישת גלאי בכי אם הנך הורה לילד מגיל לידה ועד 3 שנים, באם טרם ניצלת אפשרות זו ובאופן חד פעמי למשפחה.

לקבלת שירותי סל תקשורת / תרגום / תמלול / החזר מיסים לרכישת פקס / גלאי בכי יש לפנות:

למרכז התמיכה בבית "שמע"

רח' פליטי הספר 30

ת"א 67948

טל' 03-5733392

טל' / פקס 03-5733393

dfservices@shema.tlv.k12.il

ב ב ר כ ה

קלינאית/תקשורת ארצית
אגף השיקום

העתיקים:

המחלקה לש"ח _____



מדינת ישראל
משרד הרווחה
אגף השיקום
מקור



תאריך

לכבוד

גברת _____

ת.ז. _____

כתובת _____

באמצעות:

עו"ס המחלקה לשירותים חברתיים

הנדון: זכאות לקבלת שירותי תמיכה לתקשורת – זכאות חלקית

הריני להודיעך כי בקשתך לקבלת דמי תקשורת וסל תקשורת נדחתה עפ"י הוראה 5.7 בתע"ס (שירותי תמיכה בתקשורת לאנשים עם לקות שמיעה) הבקשה נדחתה מהסיבות הבאות:

הנדן זכאי ל:

- קבלת שירותי תרגום / תמלול בהיקף של לא זכאי שעות בשנה.
- להחזר מיסים ברכישת מכשיר פקסימיליה או מודם פקס, באם טרם ניצלת אפשרות זו. הזכאות אחת ל 5 שנים למשפחה.
- החזר תשלום עבור רכישת גלאי בכי אם הנדן הורה לילד מגיל לידה ועד 3 שנים, באם טרם ניצלת אפשרות זו ובאופן חד פעמי למשפחה.

לקבלת שירותי תרגום / תמלול / החזר מיסים לרכישת פקס / גלאי בכי יש לפנות:

למרכז התמיכה בבית "שמע"

רח' פליטי הספר 30

ת"א 67948

טל' 03-5733392

טל' / פקס 03-5733393

dfservices@shema.tlv.k12.il

בברכה

קלינאית/תקשורת ארצית
אגף השיקום

העתקים:

המחלקה לש"ח _____

נספח ג' 3 (5.7)



מדינת ישראל
משרד הרווחה
אגף השיקום
מקור



תאריך

לכבוד

גברת _____

ת.ז. _____

כתובת _____

באמצעות:

עו"ס המחלקה לשירותים חברתיים

הנדון: דחיית בקשתך לקבלת שירותי תמיכה לתקשורת

הריני להודיעך כי בקשתך לקבלת שירותי תמיכה לתקשורת נדחתה עפ"י הוראה 5.7 בתע"ס (שירותי תמיכה בתקשורת לאנשים עם לקות שמיעה) הבקשה נדחתה מהסיבות הבאות:

ב ב ר כ ה

קלינאית/תקשורת ארצית
אגף השיקום

העתקים:

המחלקה לש"ח _____