עדכון טופס: אוגוסט 2024

**טופס הפניה למרכז שיקום מגדל אור – יעדים לצפון**

**הגורם המפנה:**

שם פרטי : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תפקיד : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

טלפון : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טלפון נייד : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

דוא"ל : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**פרטי הפונה: (סמן ✓ במקומות הרצויים)**

שם פרטי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תעודת זהות : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מין: זכר נקבה תאריך לידה : \_\_\_\_/\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ שנת עליה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שפות מדוברות:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

דת: יהודי מוסלמי נוצרי דרוזי צ'רקסי

מצב משפחתי : רווק/ה נשוי/אה פרוד/ה גרוש/ה אלמן/נה

מתגורר/ת עם: הורים ילדים בן/בת זוג מטפל/ת צמוד/ה מתגורר/ת לבד אחר\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מתגורר/ת ב: בית בית אבות דיור מוגן הוסטל אחר פרט- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת : רחוב : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_\_ ישוב: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טלפון : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

דוא"ל : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

פרטי איש קשר נוסף:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**רקע תעסוקתי: (סמן ✓ במקומות הרצויים)**

השכלה: יסודית תיכונית מקצועית אקדמאי

מקום לימודים אחרון : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תחום הלימודים : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מקצוע : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

עיסוק נוכחי : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מועד תחילת תעסוקה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

עיסוקים קודמים: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**מצב תפקודי: (סמן ✓ במקומות הרצויים)**

מצב הראיה: לקות ראייה עיוורון מוחלט (ללא שרידי ראייה)

תעודת עיוור: יש אין דמי ליווי: יש אין

אם יש תעודת עיוור: זמנית קבועה

**ממה נובעת לקות הראייה:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

קשיים תפקודיים שמתוארים ע"י המטופל : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

בעיות רפואיות / תפקודיות **נוספות** (חשוב מאד לעדכן ולפרט):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**סוג השירות המבוקש: (סמן ✓ במקום הרצוי )**

הדרכה שיקומית (פרט את התחומים הנדרשים מטה)

שיקום תעסוקתי (סמן את השירות המתאים בפירוט מטה)

המכון לשיקום ראייה ירודה

מפעל מוגן

**הדרכה שיקומית:** **תחומי ההדרכה המבוקשים (סמן ✓ במקומות הרצויים):**

**התמצאות וניידות**. פירוט:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**מיומנויות חיי היום יום**. פירוט:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**טלפון חכם בסיסי. האם יש ברשותך טלפון חכם - איזה סוג מכשיר? (אנדרואיד או אייפון)**

ההדרכה מתקיימת במרכזי הדרכה. במידה ויש קושי להגיע למרכז, ניתן לקבל הדרכה בבית באישור עו"ס. פירוט תכנים ומקום הדרכה:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**מחשבים בסיסי**.

ההדרכה מתקיימת במרכזי הדרכה. במידה ויש קושי להגיע למרכז, ניתן לקבל הדרכה בבית באישור עו"ס. פירוט תכנים ומקום הדרכה:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**הדרכת הגיל הרך** בבית במעון.

פרטי המעון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

פירוט :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אחר. פירוט:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**שיקום תעסוקתי: התחום המבוקש (סמן ✓ במקומות הרצויים):**

אבחון תעסוקתי השלמת השכלה תעסוקה נתמכת

אבחון תצפיתי הכוונה תעסוקתית  מכינה לחיים עצמאיים

שיקום קורס/השתלמות מחשבים

שיקום עם מעונות תכנון והתאמת עמדה ממוחשבת

**פרטים נוספים:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**תאריך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה וחותמת הגורם מפנה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**יש לצרף להפניה את המסמכים הבאים:**

סיכום מרופא עיניים / מכון ראייה ירודה (פרט לעיוורון מוחלט)

סיכום גיליון רפואי מרופא משפחה - מומלץ

צילום ת"ז – מומלץ

דו"ח סוציאלי - מומלץ

**עבור הדרכה שיקומית יש לצרף**

טופס השמה למסגרת תקף לשנה מתאריך שיגור ההשמה

(סמל מסגרת: 207246 סמל תעריף:3501)

**שירותי ההדרכה השיקומית אינם מותנים בקבלת תעודת עיוור.**

**דרכי שליחת המסמכים:**

**בקשות להדרכה שיקומית** ניתן לשלוח למייל: mador@migdalor.org.il

או לפקס: 153-777721400

**בקשות לשיקום תעסוקתי** ניתן לשלוח למייל: taasuka@migdalor.org.il

או לפקס 153-777721313

לשירותים הנוספים: info@migdalor.org.il

**כתובת:** מגדל אור: יעדים לצפון, רח' אברהם דנינו 4, קריית חיים חיפה, 2624400