



עיריית אשדוד, המינהל לשירותים חברתיים

מחלקה אזורית א'-ד'-ה- והסיטי טל: 08-8519100 פקס: 08-8519122

א.ג.נ.,

הנכם מתבקשים למלא את הטופס המצ"ב במלואו ולהקפיד על מילוי הפרטים והסעיפים המבוקשים.

השאלות בטופס נועדו לאפשר לנו לקבל אינפורמציה אודותיכם על מנת להפנותכם לעובד הסוציאלי המתאים.

לאחר מילוי הטופס, נבקש להחזירו למזכירות.

***לצרף צילום תעודת זהות + ספח**

הזמנה תשלח אליכם בהקדם.

בברכה,

לימור בן ארי
עו"ס מיון ואבחון

תאריך מילוי הטופס: _____



עיריית אשדוד, המינהל לשירותים חברתיים

מחלקה אזורית א'-ד'-ה- והסיטי טל: 08-8519100 פקס: 08-8519122

פרטים אישיים של ממלא הטופס

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ שם האב: _____

מס' ת.ז.: (9 ספרות כולל ביקרות)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

• לצרף צילום תעודת זהות + ספח

תאריך לידה: _____ ארץ לידה: _____

ארץ עליה: _____ תאריך עליה: _____

כתובת: _____ ישוב: _____

טל' בבית: _____ כתובת למשלוח ההזמנה: _____

קופ"ח: _____ שם האב: _____ דואר אלקטרוני: _____

מצב משפחתי – הקף בעיגול

- א. רווק/ה
- ב. נשוי/אה
- ג. גרוש/ה
- ד. חי/ה בנפרד
- ה. אלמן/ה
- ו. אחר _____

תעסוקה – הקף בעיגול

עובד/ת: כן/לא ומדוע _____

מקום עבודה: _____

מקצוע: _____

אם אינך עובד/ת מה מקורות הכנסתך (הקף בעיגול)

- א. הבטחת הכנסה
- ב. קיצבת נכות
- ג. פנסיה: _____
- ד. קצבת שארים
- ה. אחר: _____



עיריית אשדוד, המינהל לשירותים חברתיים

מחלקה אזורית א'-ד'-ה- והסיטי טל: 08-8519100 פקס: 08-8519122

פרטים על בן/בת הזוג

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
ת.לידה: _____ שם האב: _____

מס' תעודת זהות (9 ספרות כולל ספרת ביקורת)

--	--	--	--	--	--	--	--	--

עובד/ת: כן/לא אם כן, מה מקום עבודתו/ה: _____
מקצוע: _____

אם אינו/ה עובד/ת: מה מקורות הכנסתו/ה (הקף בעיגול)

א. הבטחת הכנסה

ב. קיצבת נכות

ג. פנסיה: _____

ד. קצבת שארים

ה. אחר _____

פרטים על הילדים:

מספר ילדים: _____ מעל גיל 18: _____ מתחת לגיל 18: _____

שמות הילדים ועיסוקם

• באם הילד נמצא במסגרת לימודית נא ציין שם ביה"ס/גן

מס'	שם ומשפחה	ת.לידה	עיסוק	מס' תעודת זהות	מקום מגורים נוכחי
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

בעיות בריאות ונכות:



עיריית אשדוד, המינהל לשירותים חברתיים

מחלקה אזורית א'-ד'-ה- והסיטי טל: 08-8519100 פקס: 08-8519122

האם את/ה סובלת/מבעיות נפשיות / בעיות בריאות כרוניות או מנכות כלשהיא? כן / לא

אם כן, פרט: _____

והאם מוכר/ת בביטוח הלאומי: _____

התמכרות כלשהי בהווה ובעבר: סמים, אלכוהול, הימורים, הקף בעיגול.

אחר: _____

האם הנך מטופל כיום: כן/לא שם השרות: _____

דיוור: הקף בעיגול
בבעלות: כן / לא

שכירות:

א. פרטית

ב. מקבל/ת סיוע בשכ"ד ממשרד השיכון

ג. גר/ה אצל קרוב משפחה

ד. אחר: _____

מס' חדרים: _____ מס' נפשות: _____

*** האם היית בטיפול המחלקה באשדוד בעבר? כן/לא**

באילו שנים: _____ שם העו"ס: _____

**** אם הנך תושב/ת חדש/ה: אם היית בטיפול המחלקה לשרותים חברתיים במקום מגוריך?**

כן/לא באלו שנים: _____

כתובת המחלקה: _____

כתובת מגורים לשעבר: _____

שם עו"ס מטפל: _____

סיבת הפנייה למחלקה:



עיריית אשדוד, המינהל לשירותים חברתיים

מחלקה אזורית א'-ד'-ה- והסיטי טל: 08-8519100 פקס: 08-8519122

שם ממלא הטופס: _____ חתימה: _____ תאריך: ____/____/____