



אגף ייעוץ וטיפול

בקשת הנחה בתשלום עבור טיפולים באגף ייעוץ וטיפול

שם המשפחה: _____ כתובת: _____ טל/נייד: _____
שם האב: _____ מ. עבודה: _____ הכנסה: _____
שם האם: _____ מ. עבודה: _____ הכנסה: _____
מספר נפשות במשפחה: _____

* יש לצרף תלושי שכר / אישור ביטוח לאומי / דו"ח הכנסות הוצאות / רווחה

* פירוט הבקשה :

שם המטופל: _____ שם המטפל: _____

פירוט הבקשה: _____

הצהרה: הריני מצהיר שהפרטים שמסרתי הנם נכונים.

שם המבקש : _____ חתימה: _____ בתאריך: _____

* המלצת המטפל : _____

* החלטת המנהלת: _____

חתימת המנהלת : _____ תאריך האישור: _____