



המוסד לביטוח לאומי - מינהל הגמלאות
אגף סיעוד

תאריך: 25.3.2020

אגרת: 415 ה

לכבוד

נותני השירותים

הנדון: התמודדות עם נגיף הקורונה – עדכונים בנושא בני משפחה מטפלים

שלום רב,

להלן עדכון ההנחיות בנושא בני משפחה מטפלים, תקף לתקופת הקורונה בלבד:

1. ככלל יש להיצמד להנחיות הקבועות בנושא העסקת בני משפחה מטפלים.
2. על מנת לאפשר העסקת בני משפחה מטפלים בהתאם לצרכי הזכאים בימי הקורונה, ניתן להחליף את ביקור הבית בבירור טלפוני מקיף באשר למניעים לבקשה, צרכי הטיפול, שעות הטיפול וכן מידע אודות בן המשפחה המיועד לטפל.
3. לצורך בירור מקיף יש לשוחח ככל שמתאפשר עם הזכאי. בנוסף יש לשוחח עם המטפל העיקרי / איש הקשר / האפוטרופוס ולהיפגש עם המטפל המיועד על מנת לבחון התאמתו לתפקיד. הבירור יתבצע ויתועד על ידי עובד מקצועי.
4. מצ"ב גיליון המלצה לאישור בן משפחה מטפל בתקופת הקורונה.
5. האישורים בתקופה זו הינם אישורים זמניים לתקופת הקורונה בלבד.
6. הנחיה זו רלוונטית לזכאים שבביתם טלפון לשימוש במערכת רישום נוכחות בלבד או לנכדים שבאזור מגורי הזכאי לא פועלת מערכת רישום נוכחות.
7. שימו לב – גיליון ההמלצה המצורף כולל את כל ההצהרות הנדרשות.

בברכה,



ארנה זמיר
מנהלת אגף סיעוד

העתקים:

גב' אורנה ורקובצקי – סמנכ"ל גמלאות, המוסד לביטוח לאומי
חיים פיטוסי- דובר המוסד,
ציפי נחשון גליק – מנהלת אגף לאזרחים ותיקים, משרד הרווחה,
מנהלי סניפים ומנהלי תחום גמלאות בסניפי המוסד



המוסד לביטוח לאומי - מינהל הגמלאות
אגף סיעוד

מנהלות מחלקות הסיעוד בסניפים
אגף סיעוד

גיליון המלצה לאישור בן משפחה מטפל בתקופת הקורונה

גיליון זה ימולא על ידי נותן השירותים ויועבר לסניף המוסד לבטל"א הרלוונטי

שם הזכאי: _____ מספר תעודת זהות _____

תאריך: _____

ממלא הטופס: _____ (עובד מקצועי)

הזכאי מוכר לנות"ש כן / לא

נערך בעבר ביקור בית בבית הזכאי בתאריך _____ ע"י _____ (יש לצרף תיעוד הביקור)

אנו מצהירים כי ביום _____ נערכה שיחת טלפון עם הזכאי/ת ועם _____ המיועד/ת לטפל בזכאי/ת.

קרבה לזכאי: _____ (בן / בת / נכד/ה / גיס/ה וכדומה)

בנוסף נערכה שיחת טלפון מקיפה עם _____ איש הקשר / המטפל העיקרי / האפוסטרופוס של הזכאי/ם (נא לסמן את התשובה המתאימה)

מצאנו שמותקן בבית הזכאי טלפון תקין המאפשר החתמת שעון נוכחות וידוע לנו שהימצאות טלפון תקין בבית הזכאי היא תנאי הכרחי לאישור העסקת בן משפחה. אשר בחתימתך: _____

שם הזכאי (1) _____ מספר תעודת זהות _____

כתובת שהייה: _____ טלפון: _____

כתובת בתעודת הזהות: _____

מספר שעות לטיפול אישי בבית ע"י בן המשפחה המיועד לטפל: _____

האם ניתנות שעות נוספות ע"י מטפלת/ת ללא קרבה משפחתית: כן / לא _____ שעות

במידה ומדובר בשני זכאים:

שם הזכאי (2): _____ מספר תעודת זהות _____

כתובת שהייה: _____

טלפון: _____

כתובת בתעודת הזהות: _____



המוסד לביטוח לאומי - מינהל הגמלאות
אגף סיעוד

מספר שעות לטיפול אישי בבית ע"י בן המשפחה: _____
האם ניתנות שעות נוספות ע"י מטפלת ללא קרבה משפחתית: כן / לא _____ שעות

מועד תחילת הטיפול בזכאי ע"י נותן השירות: _____
עד מרץ 2020 ניתן טיפול על ידי: _____ (מטפלת ישראלית / זרה / מרכז יום / אחר – יש לפרט)
ונותן השירות סיפק _____ שעות שבועיות.

מי פנה בבקשה לאישור בן משפחה: _____ הקרבה לזכאי: _____
מדוע פנה לאשר בן משפחה מטפל: _____

פרטים אודות בן המשפחה של המבקש להיות מטפל:

שם מלא _____ תעודת זהות _____

תאריך לידה _____ מצב משפחתי _____

המטפל המיועד גר עם הזכאי כן / לא

מספר הטלפון של המטפל המיועד: _____

פרטים אודות תעסוקה של המטפל המיועד:

(עובד / לא עובד בשל מצב הקורונה / עובד חיוני שלא בשירותי סיעוד / מטפל בארגון הסיעוד / לומד / חייל או משרד בשירות לאומי)

יש לפרט: _____

הובהר לבן המשפחה המיועד לטפל כי במידה ויצא לחל"ת / אבטלה בתקופה זו, ייתכן ויהיו השלכות לגבי זכאותו לקבל דמי אבטלה בשל גיוסו כעובד בארגון כן / לא

הובהר לזכאי ולמטפל המיועד שבתקופת אשפוז לא ניתן להעסיק בן משפחה מטפל כן / לא

הובהרה לזכאי ולבן המשפחה המבקש לטפל בזכאי, החובה להחתיים שעון נוכחות בעת הכניסה לבית הזכאי ובעת היציאה / סיום הטיפול.

תיעוד הבירור שבוצע:

נערכה שיחה טלפונית עם הזכאי לבירור המניעים להעסקת בן המשפחה ולהלן תקציר השיחה:

צרכי ושעות הטיפול של הזכאי בעת זו כפי שהוגדרו ע"י הזכאי:



המוסד לביטוח לאומי - מינהל הגמלאות
אגף סיעוד

נערכה שיחה טלפונית עם בן משפחה (איש הקשר / המטפל העיקרי / האפוסטרופוס של הזכאי/ם) לברור המניעים להעסקת בן המשפחה ולהלן תקציר השיחה :

צרכי ושעות הטיפול של הזכאי בעת זו כפי שהוגדרו ע"י בן המשפחה :

האם קיימים פערים ? כן / לא
במידה וכן מה נעשה על מנת לגשר על הפערים ?

האם בן המשפחה המטפל יוכל למלא אחר הצרכים ? כן לא
האם קיימים צרכים נוספים שניתן למלא באמצעות כניסת מטפל/ת נוסף/ת ?

ניתן למועמד הסבר על מהות העבודה בטיפול במסגרת גמלת הסיעוד וכן הובהרו לו חובותיו לזכויותיו כמטפל. כן / לא
הובהר לבני המשפחה ולזכאי כי במידה ויתקבל אישור להעסקתו, אישור זה הינו אישור זמני לתקופת הקורונה בלבד. כן / לא
אנו מתחייבים לדווח מיד למוסד לביטוח לאומי בכל מקרה של חוסר התאמה של המטפל להמשיך לטפל בזכאי או במקרה של קבלת מידע המעמיד בספק את מסוגלות המטפל לטפל בנ"ל.
אנו מתחייבים ליצור קשר טלפוני שבועי עם הזכאי במטרה לבחון את שביעות רצונו מהטיפול על ידי בן משפחתו בימי הקורונה.

המלצת נותן השירותים :

זכאי 1 : המועמד נמצא מתאים / לא מתאים לתפקיד.

זכאי 2 : המועמד נמצא מתאים / לא מתאים לתפקיד.

להלן הנימוקים :



המוסד לביטוח לאומי - מינהל הגמלאות
אגף סיעוד

היקף השעות שאושרו לטיפול ע"י המטפל המשפחתי: זכאי 1 _____ זכאי 2 _____
תכנית הטיפול זכאי 1 :

| שעות | יום ראשון | יום שני | יום שלישי | יום רביעי | יום חמישי | יום שישי | יום שבת |
|--------|-----------|---------|-----------|-----------|-----------|----------|---------|
| בוקר | | | | | | | |
| צהריים | | | | | | | |
| ערב | | | | | | | |
| סה"כ | | | | | | | |

תכנית הטיפול זכאי 2 :

| שעות | יום ראשון | יום שני | יום שלישי | יום רביעי | יום חמישי | יום שישי | יום שבת |
|--------|-----------|---------|-----------|-----------|-----------|----------|---------|
| בוקר | | | | | | | |
| צהריים | | | | | | | |
| ערב | | | | | | | |
| סה"כ | | | | | | | |

טלפון נייד

תאריך

חתימה

שם העובד המקצועי

ממלא הטופס

ומבצע הבירור הטלפוני



המוסד לביטוח לאומי - מינהל הגמלאות
אגף סיעוד

הצהרת המבקש להתמנות מטפל

אני _____ ת"ז _____ מצהיר כי:

1. אני מעוניין לטפל בגב/מר _____, ואני מסוגל לעמוד במשימות הטיפול הנדרשות כפי שהוסבר לי;
2. אינני מקבל גמלת סיעוד, קצבת שר"מ או כל גמלה לפי כל חוק אחר, הניתנת לי בעבור טיפול אישי בבית;
3. נכות כללית: לא נקבעו לי שיעורי נכות ע"י המוסד לביטוח לאומי או כל גוף אחר; נקבעו לי שיעורי נכות ע"י המוסד לביטוח לאומי או כל גוף אחר, אך מצב זה אינו מונע בעדי מלטפל בקשיש כנדרש;
4. ידוע לי שאוכל לטפל בקשיש בתנאי שאהיה מועסק ע"י נותן שירותים בסיעוד המספק שירותים במסגרת מכרז עם המוסד לביטוח לאומי.

שם הזכאי: _____ **ת"ז:** _____

5. ידוע לי שאצטרך לדווח על מלוא שעות עבודתי בטיפול בזכאי/ת באמצעות החתמת שעון נוכחות בלבד ולא באף אמצעי אחר.
6. ידוע לי שלא ניתן לשנות את שעות העבודה שנקבעו ע"י נותן השירותים, אלא בתאום עמו ובקבלת הסכמתו מראש.
7. כתובת מגורי _____.
8. ידוע לי שהמוסד לביטוח לאומי ונותן השירותים או מי מטעמם עורכים בקרות על עבודתי.
9. בקשה להיות בן משפחה-מטפל:

- זאת פנייתי הראשונה בבקשה לאשר אותי "בן משפחה-מטפל". מעולם לא פניתי בבקשה כזאת לנותן שירותים אחר.
- לפני _____ חודשים פניתי לנותן שירותים להירשם כבן משפחה מטפל, ובקשתי אושרה
- נדחתה בגלל _____.

10. השתתפות בקורס הכשרה:

- אני מתחייב להשתתף בקורס הכשרת מטפלים שיוצע לי ע"י נותן השירותים.
- אני מתנגד להשתתף בקורס מטפלים שיוצע ע"י נותן השירותים כי _____.



המוסד לביטוח לאומי - מינהל הגמלאות
אגף סיעוד

11. ככל שאהיה מועסק בתור מטפל בסיעוד בנוסף לטיפול בבן משפחתי, אבצע רישום נוכחות טלפוני אצל יתר המטופלים.
12. אני מתחייב לטפל בנ"ל רק כשהוא איננו מאושפז;
13. אני מתחייב להודיע לנותן השירותים מיד על כל שינוי במצבי שיש בו כדי להגביל אותי מלטפל בנ"ל.
14. ידוע לי שהוועדה המקומית רשאית בכל עת לבטל את האישור להעסקתי בטיפול בגב' / מר _____ וללא התראה מראש.

15. כתב ויתור על סודיות והרשאה למסירת מידע על המטפל המיועד

אני הח"מ נותן בזה רשות לעובד המוסד לביטוח לאומי או לכל אדם הפועל מטעמו או בעבורו, לקבל כל מידע שיבקש על אודותיי ומצוי ברשותכם, לרבות טיפולים בתחום הפסיכיאטרי, הסוציאלי, התפקודי או השיקומי בעבר או בהווה וכן כל מידע בדבר נכות רפואית או אחרת שנקבעה לי, לפי חוק הביטוח הלאומי או לצורך ביצועו של החוק האמור וכן כל מידע או מסמך הדרושים להחלטת המוסד בעניין האפשרות למנות אותי בן משפחה-מטפל.

שם _____ חתימה _____ תאריך: _____

| | | |
|-------|-------|-------------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| תאריך | חתימה | שם הממונה על העובד המקצועי |

שם הזכאי: _____ ת"ז: _____

הצהרת איש הקשר/המטפל העיקרי (ימולא רק אם הוא לא מבקש להיות בן משפחה-מטפל)

אני _____ ת"ז _____

מצהיר בזאת שאני מודע ומסכים לכך (שם המטפל) _____, בהיותו עובד שכיר בחברת הסיעוד _____, יטפל ב(שם הזכאי) _____ במסגרת זכאותו של הזכאי/ת לגמלת סיעוד.

חתימה _____ תאריך: _____



המוסד לביטוח לאומי - מינהל הגמלאות
אגף סיעוד