

המחלקה לטיפול בפרט שאלון בקשה למימון אבחון פסיכולוגי

ימולא ע"י הצוות החינוכי שימונה מטעם מנהל ביה"ס.
השאלון ילווה בחתימת ההורים על וויתור סודיות לטובת ביה"ס ומחלקת החינוך.

א) פרטי התלמיד

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מין: ז / נ

מס' ת"ז _____ תאריך לידה _____ ארץ לידה _____

תאריך עליה _____ שם האב _____ שם האם _____

כתובת _____ טלפון בבית _____ טלפון נוסף _____

שם ביה"ס _____

שם היועץ _____ טלפון _____

שם המחנך _____ טלפון _____

סיבת ההפניה לאבחון:

ב) אבחונים

פרט את סוג האבחונים שהתלמיד/ה עבר/ה

ממצאים והמלצות	גיל התלמיד/ה בעת האבחון	הגורם המאבחן	סוג האבחון
			פסיכולוגי
			דידקטי
			רב-תחומי פסיכולוגי- דידקטי משולב
			הפרעות קשב/ אחר _____

- אם יש בדיכס דו"ח מאבחון קודם, יש לצרפו לבקשה.

ג) תיפקוד לימודי

1. באיזו מידה קיים לדעתך פער משמעותי בין היכולת של התלמיד לבין הישגיו?
במידה רבה מאוד/ במידה רבה/ במידה מועטה/ כלל לא

2. אילו דרכי התערבות לימודית ו/או רגשיות נוסו בבית הספר? ציין השפעתם (פרט).

סוג התערבות _____ משך _____
השפעה _____

סוג התערבות _____ משך _____
השפעה _____

סוג התערבות _____ משך _____
השפעה _____



3. אילו התאמות נוסו בבית הספר? ציין השפעתם

השפעת ההתאמה (אם לא סייעה- הסבירו מדוע)	סוג ההתאמה

ד) הערכת תפקוד התלמיד בתחומי הקשב, התנהגות, רגש וחברה

באיזו מידה קיימות התופעות הבאות?

במידה רבה 4	3	2	במידה מועטה 1	
				קשיים בקשב ובריכוז
				קשיים בתחום החברתי
				קשיים בתחום הרגשי
				קשיים בתחום ההתנהגותי

האם לאור הכרות הצוות עם התלמיד, יש סימנים/ עדויות כי לתלמיד יש לקויות למידה? כן/לא
נימוק:

ה) עמדת הצוות החינוכי לגבי השתתפות במימון האבחון:

על פי היכרותך עם התלמיד ומשפחתו- מהי מידת ההכרח בהשתתפות במימון האבחון.
דרג: במידה רבה מאוד/ במידה רבה/ במידה בינונית/ במידה מועטה

צוות חינוכי שותף לבקשה (בציון תפקידים בביה"ס):

ו) אישור מנהל בית הספר

שם מנהל בית הספר _____

המלצת המנהל להשתתפות במימון האבחון:

במידה רבה מאד / במידה רבה / במידה בינונית / במידה מעטה

נימוקי ההמלצה:

חתימת המנהל _____ תאריך _____

טופס בקשה לסיוע במימון אבחון.

התלמיד:

שם משפחה ופרטי _____ ת"ז _____

פרטי ההורים:

שם האב _____ מס' ת"ז _____ עיסוק _____

שם האם _____ מס' ת"ז _____ עיסוק _____

סטטוס משפחתי _____

מס' נפשות בבית (כולל הורים) _____

ילדים עד גיל 18:

מס'	שם	גיל
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

הכנסות (ברוטו)

הכנסות האב _____
 הכנסות האם _____ (גם אם הנך עקרת בית, עליך לציין זאת בטופס).
 הכנסות מקצבת ילדים _____
 הכנסות ממקורות אחרים _____

סה"כ הכנסות _____
 הנני מצהיר/ה בזאת כי אין לי הכנסות נוספות כן / לא

חתימת האב _____ חתימת האם _____ תאריך _____

מצב משפחתי

האם המשפחה בקשר עם שרות הרווחה כן / לא - אם כן צרף מכתב המלצה של עו"ס .
 האם המשפחה קבלה הנחה במעון או בארנונה כן / לא – יש לצרף אישור, אין צורך בתלושים.
 האם המשפחה נקלעה למצב משברי כגון: פיטורין, מוות, מחלה, גירושין, הגירה, אחר – **פרט:**

נא לצרף את האישורים והמסמכים הבאים:

(ללא אישורים אלו לא יתקיים דיון בבקשה).

1. צילום תעודת הזהות של ההורים, כולל הספח בו רשום הילד/ה.
2. אישורים על הוצאות מיוחדות של המשפחה.
3. תלוש שכר.

עם הכניס לטל

טופס ויתור סודיות

התלמיד

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____

שם ביה"ס _____ כיתה _____ מגמת לימוד _____

ההורים

שם האב _____ מס' ת.ז. _____

שם האם _____ מס' ת.ז. _____

כתובת _____

טלפון _____ טלפון נוסף _____

הרינו מסכימים ומאשרים בזאת שבננו/בתנו, ששמו מופיע לעיל, יעבור אבחון לצורך איתור לקויות למידה.

ידוע לנו שחוות הדעת הפסיכולוגית תועבר לשפ"ח ולצוות הטיפולי בביה"ס בו לומד/ת בני/בתי, לצורך המשך תכנון הטיפול.

אנו מוותרים בזאת על חובת שמירת הסודיות כלפי ביה"ס

חתימת האב _____ חתימת האם _____

תאריך _____

העתק: מנהל ביה"ס

עם הכניס לטל

www.shomron.org.il office@shomron.org.il 03-9757627 03-9066444

ת.ד 1, אזור התעשייה ברקן, 4482000 מוקד המועצה: 1-700-700-106

טופס אישור למתן הסיוע

שם התלמיד	ת"ז	שם ההורים	כתובת

דיון:

החלטה:

- לא מאושר סיוע.
- מאושר סיוע בגובה _____ ₪.
- הסיוע יועבר: 1. החזר כספי להורים (יש לצרף חשבונית).
2. זיכוי בשפ"ח שומרון.
3. העברה לגורם מאבחן _____ (יש לצרף חשבונית).

באישור:

מנהל מחלקה לטיפול בפרט	פסיכולוג חינוכי	מנהל אגף חינוך