



משרד העבודה הרווחה
והשירותים החברתיים
חוסן חברתי לישראל



טופס הצהרה

טופס זה מיועד לבקשות לסיוע הדורשות השתתפות עצמית של הלקוח בהתאם להוראות משרד העבודה והרווחה והשירותים החברתיים

לכבוד
המחלקה לשירותים חברתיים

אני הח"מ _____ מס' ת"ז _____ כתובתי _____
שם בן/בת הזוג (אם יש) _____ מס' ת"ז _____

במסגרת פנייתי למחלקה לשירותים חברתיים אני מצהיר/ה בזאת:

1. כללי: כל הפרטים הנמסרים על ידי נכונים ומדויקים.
2. מצבי המשפחתי:
 - נשוי/אה / גרושה / אלמנה / רווקה / אחר (סמני בעיגול)
 - מס' ילדים עד גיל 18/כיתה יב'/בשירות סדיר בצה"ל/בשירות לאומי _____
 - מס' ילדים בגירים המתגוררים בבית _____
3. נכסים על שמי (סמני בעיגול): אין ברשותי נכסי נדל"ן / ברשותי נכסי נדל"ן בשיעור _____
4. הכנסותיי הן (סמני בעיגול): משכר עבודה, מפנסיה, מקצבאות, מהשכרת נכס, אחר (פרטי) _____
5. עדכון פרטים: אני מתחייב/ת להודיע למחלקה על כל שינוי בסעיפים 2, 3 ו-4 לעיל, בכתב ובתוך חודש מיום השינוי.
6. אימות פרטים:
 - ידוע לי כי אם יימצא שהעובדות שמסרתי במסגרת הצהרתי זו הינן כוזבות, או יימצא כי העלמתי פרטים או עשיתי קנוניה עם אדם אחר וכל זאת בנוגע לסיוע חומרי מבוקש, אהיה צפוי לעונשים בהתאם לתקנה 7 לתקנות שירותי הסעד (פנייה למתן סעד או טיפול סוציאלי) תשכ"ז – 1967.
 - ידוע לי כי על פי חוק שירותי הסעד, התשי"ח – 1958 בסמכותו של עובד סוציאלי שמונה לפי אותו חוק לבדוק אותי וכל אדם אחר בדבר מצבי ובכלל זה בנוגע להצהרותי לעיל.





**משרד העבודה הרווחה
והשירותים החברתיים**
חוסן חברתי לישראל



7. ידוע לי כי כל סיוע הדורש השתתפות עצמית מותנה ב :

- חתימה על טופס הצהרת מחויבות הדדית ביני לבין המחלקה לשירותים חברתיים ועמידה בתנאיו.
- היותו של הסיוע חלק מתכנית התערבות מוסכמת.
- המצאת פרטים ומסמכים רלוונטיים, עדכניים ומדויקים על ידי.
- קריטריונים הנקבעים על ידי משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים לאותו עניין.
- סדרי עדיפות תקציביים של המחלקה לשירותים חברתיים.
- בחינה מחדש, לפחות אחת לשנה, של הנזקקות ושל הזכאות בסיוע מתמשך (כגון השמה במסגרת).

למען הסר ספק :

אם גילתה המחלקה לשירותים חברתיים כי הפרטים שמסרתי אינם נכונים, תהיה רשאית להפסיק את הסיוע שניתן לי.

תאריך _____ חתימת מצהיר/ה _____

תאריך _____ חתימת בן/בת זוג _____

הנני מצהיר כי הנ"ל חתם על הצהרה זו בפני לאחר שהוסברה לו משמעותה :

_____ תאריך

_____ חתימה

_____ שם ותפקיד נציג/ת המחלקה לש"ח

