



אל: **משלש** - מתנדבים שירות לבריאות שיניים
רחוב המלך ג'ורג' 33, ת"ד 4220, ירושלים 9104102
טלפון 077-4234044, 02-6234589
meshulash75@gmail.com

נא לענות על כל השאלות, ובכתב ברור

הזקוק לטיפול

שם משפחה ושם פרטי	מספר ת"ז	תאריך לידה	ארץ לידה	שנת עליה
כתובת	טלפון בית	טלפון נייד		
מקום עבודה	שכר חודשי	האם טופלת בעבר במסגרת משל"ש?		

בני המשפחה

מצב משפחתי: ר/נ/א/ג

שם משפחה ושם פרטי	מספר ת"ז	תאריך לידה
מקום עבודה	שכר חודשי	

ילדים: (יש לרשום את כל הילדים, כולל המבוגרים שמחוץ לבית)

שם	מספר ת"ז	שנת לידה	גר בבית כן/לא	לומד בבי"ס/בפנימייה	עובד/ת	שכר חודשי

הכנסות (יש לצרף אישורים)

מעבודת ראש המשפחה, ברוטו _____ נטו _____

מעבודת בני משפחה אחרים, ברוטו _____ נטו _____

מביטוח לאומי: קיצבת ילדים _____ קיצבה אחרת _____

מתמיכת סעד (זכאות _____) _____

ממקורות אחרים _____

סך כל ההכנסות בחודש _____

היש חובות? _____ סך כל סכום החובות _____
פירוט החובות _____
האם יש רכב פרטי במשפחה? _____
דירה: מספר החדרים בדירה _____ שם בעל הדירה _____
שכר דירה - התשלום החודשי _____
בריאות: היש מחלות במשפחה, מה הן ולמי? _____

אני הח"מ מצהיר/ה כי כל הפרטים הנ"ל הם אמיתיים ונכונים.

חתימת הזקוק/ה לטיפול

תאריך

דו"ח סוציאלי של העו"ס המטפל/ת

חתימה וחתימת

טלפונים

שם העו"ס ושם הלשכה

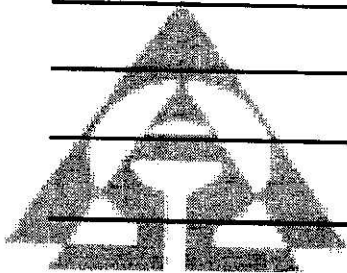
חתימה וחתימת

טלפונים

שם העו"ס ושם הלשכה

mail:

: _____ **הערות משל"ש בתאריך**



משרד שירותי רווחה