



עמותה להפעלת מתנדבים
לשירות לאומי-אזרחי (ע"ר)



טופס הרשמה למתנדב/ת לשנת תשע"_____

חלק א. פרטים אישיים

שם משפחה				שם פרטי				תאריך לידה				ת.ז. כולל ספרת ביקורת			
שם האב				דת				ארץ לידה				שנת עליה			
עיר				שכונה/רחוב				מס. הבית				מיקוד			
טל. בית				טל.נייד				טלפון לשעת חירום				EMAIL			
שירתתי בצבא/שירות לאומי בעבר				כן/לא				יש/אין				סיבת הפטור			

חלק ב. השכלה

שם בי"ס תיכון				תאריך סיום				מגמה				תעודה מקצועית/אחרת				תעודת בגרות			
מלאה/חלקית/ללא																			

חלק ג. בשנת ההתנדבות אני מעדיף/ה (סמני/ י במשבצת המתאימה)

מגורים:

בבית מחוץ לבית: דירת שירות / דיור במקום השירות (באיזו עיר: _____) לא חשוב

תחום התנדבות מועדף:

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> חינוך | <input type="checkbox"/> בריאות | <input type="checkbox"/> קשישים | <input type="checkbox"/> אחר _____ |
| <input type="checkbox"/> חינוך מיוחד | <input type="checkbox"/> מנהלי | <input type="checkbox"/> קליטת עליה | |
| <input type="checkbox"/> ילדים ונוער בסיכון | <input type="checkbox"/> משרדי ממשלה | <input type="checkbox"/> בעלי חיים | |
| <input type="checkbox"/> גרעינים/קומונה | <input type="checkbox"/> בטחון | <input type="checkbox"/> הדרכת טיולים | |

מדוע בחרת בתחום שציינת לעיל

חלק ד. פעילויות ותחומי עניין

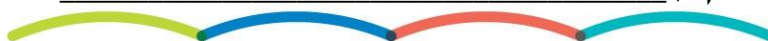
פעילות בית ספרית שלקחתי בה חלק _____

נסיון בהדרכה _____ נסיון בעבודה _____

שפות נוספות _____

תוכנות מחשב _____

תחביבים/ כישורים (אומנות/ מוסיקה) _____



מועמד/ת יקר/ה. נבקשך למלא את השאלון הרפואי בצורה מדויקת ושלמה, מידע רפואי זה יאפשר לנו להתאים לך את מקום השירות הנכון והראוי ביותר.

האם את/ה סובלת מאחת התופעות הבאות:

מקום האשפוז והמועד	האם אושפזת בגין תופעה זו (*)		האם הנך סובלת מהתופעה (*)		התופעה
	כן	לא	כן	לא	
					1. כאבי ראש חוזרים, התעלפויות, סחרחורות, התכווצויות.
					2. הפרעות שמיעה, דלקות אוזניים חוזרות.
					3. בעיות בלחץ דם, איבוד הכרה במאמץ.
					4. מחלת לב, כאבים, דקירות בחזה, שינויים בדופק במנוחה/ מאמץ.
					5. אסטמה, ציפצופים, קוצר נשימה, מחלת ריאה אחרת.
					6. מחלות אנדוקריניות (בעיות הורמונליות)
					7. כיב, צרבת, כאבי בטן חוזרים, צהבת, מחלת כבד.
					8. דלקת מעי, דימומים במערכת העיכול, טחורים.
					9. מחלת דם (כגון-אנמיה, טרומבוציטופניה).
					10. כאבי גב חוזרים, חבלה בגב.
					11. כאבים ברגליים, הפרעות בהליכה, בעיות קרסול ונטייה לנקע חוזר.
					12. מחלות פרקים.
					13. שברים בעצמות, פריקת כתף.
					14. מחלות עור, שומות.
					15. הזעה בכפות הידיים והרגליים המפריעה בתפקוד.
					16. אלרגיה, רגישות יתר לעקיצת חרקים, תרופות וחומרים אחרים.
					17. מחלות כליה,
					18. לבנות-הפרעות במחזור החודשי, מחלה גניקולוגית.
					19. שחפת, שיעול ממושך או שיעול דמי.
					20. מחלה ממארת בעבר/בהווה.
					21. האם עברת ניתוח כלשהו.
					22. האם הינך נשא/חולה איידס/צהבת.

התופעה	לא (*)	כן (*)	אם כן, פרט
23. האם הינך נוטלת/תורפות באופן קבוע.			
24. האם הינך רגישה לתרופות..			
25. האם טופלת או קיבלת יעוץ פסיכולוגי/פסיכיאטרי.			
26. האם הינך סובלת מתופעה אחרת שלא הוזכרה לעיל.			

* נא ענה/י על כל השאלות ע"י סימון X במקום המתאים לכך.

במידה וציננת כי הינך סובלת ממחלה כלשהיא, נבקשך לצרף מסמכים רפואיים המעידים על כך.

הצהרת המועמד/ת: הנני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי נכונים ומלאים וכי לא העלמתי כל מידע רפואי.

ידוע לי, ואני מסכימה/ה לכך שהרשות בידי הממונה על השירות הלאומי לדרוש ממני לפי שיקול דעתו כל בדיקה רפואית שתידרש ואבצעה בהקדם לפי דרישה וכן אציג כל מסמך רפואי שידרש ממני.

חתימתי על טופס זה מהווה הסכמה על ויתור סודיות רפואית ומתן הרשאה לשלומית לפנות לגורמים הרפואיים המטפלים בי.

ידוע לי כי אם תתבררנה במהלך השירות רגישויות שהיו ידועות לי או אמורות להיות ידועות לי ולא דיווחתי עליהן לפני תחילת השירות תהיה בידי שלומית הרשות להפסיק את שירותי בעמותה.

חתימה

שם פרטי

שם משפחה

מס' זהות

תאריך



כתב ויתור על סודיות רפואית/נפשית - לשימוש עמותת "שלומית":

אני החתום/ה מטה מס' ת"ז: _____ מאשר בזאת כדלקמן:

כי ידוע לי שבמסגרת התנדבותי במערך השירות הלאומי, עמותת שלומית תידרש מעת לעת, להעביר פרטים אישיים ו/או מידע בקשר עם מצבי הבריאותי ו/או הנפשי ו/או פרטים מהותיים הנוגעים לעברי ו/או אירועים אשר עברתי בעבר ו/או אעבור במסגרת השירות (להלן: "המידע"), לידי הגורמים הקשורים בפעילותי ההתנדבותית, לרבות רשות השירות הלאומי ו/או הגופים המפעילים אצלם אתייצב לשירות ו/או גופי מעטפת וכן לידי איש קשר אשר ימונה על ידי מקרב בני משפחתי או כל אפוטרופוס על פי דין שמונה לי ו/או גורמים בקהילה המעורבים בטיפול בי.

אני נותן/ת בזאת רשות לעמותת "שלומית" ו/או למי מטעמה למסור מידע כאמור, לגורמים הנ"ל, וזאת בהתאם לשיקול דעתה ולצורך כל בירור הנדרש בקשר עם פעילותי כמתנדב ו/או כנובע הימנה.

בנוסף, אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לגופים המפעילים ו/או לגופי המעטפת עמם קשורה עמותת שלומית בקשר להתנדבותי, להעביר לשלומית עמותה להפעלת מתנדבים לשירות לאומי אזרחי (ע"ר) וכן לכל גורם הפועל מטעמה, את כל הפרטים והמידע הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.

הנני משחרר/ת את מוסר המידע על פי הרשאה זו, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצבי הבריאותי, הגופני ו/או הנפשי ולא תהיה לי כלפי מוסדר המידע כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה ו/או כל דין אחר.

כתב ויתור סודיות זה יעמוד בתוקף מתאריך תחילת שירותי כמתנדב/ת וכל עוד העברת מידע כאמור, לידי צדדי ג' הנ"ל, נדרשת.

פרטי המתנדב/ת:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת"ז: _____
כתובת: _____ עיר: _____
תאריך: _____ חתימה: _____

פרטי איש הקשר:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת"ז: _____
מידת הקרבה של איש זה אליי: _____
מספר טלפון עדכני של איש הקשר: _____





שאלון רפואי

(ימולא ע"י רופא המשפחה)

פרטי המועמד/ת:

מס' זהות _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ תאריך לידה _____ שם האב _____ מין _____
 ז / נ _____

רופא יקר, לתשומת לבך! מסירת מידע רפואי בלתי שלם או מדויק עלולה לסבן את בריאותו של המטופל ושל האוכלוסייה בה הוא מטפל בשירות הלאומי (ילדים, נוער, קשישים, חולים בבתי חולים וכיוב')
 הוא מטפל בשירות הלאומי (ילדים, נוער, קשישים, חולים בבתי חולים וכיוב')

מקום האשפוז והמועד	האם אושפז/ה בגין תופעה זו (*)		האם סובלת מהתופעה (*)		התופעה
	כן	לא	כן	לא	
					1. מחלות נוירולוגיות (כולל אפילפסיה)
					2. מחלות אנדוקריניות
					3. מחלות המטולוגיות (כולל אנמיה)
					4. מחלות עיניים, עיוורון לילה, טיפול בלייזר
					5. מחלות אף, אוזן, גרון
					6. בעיות נשימה (כולל אסטמה)
					7. מחלו לב, מומי לב, יתר לחץ דם
					8. מחלות כליה ודרכי השתן
					9. מחלות דרכי העיכול והכבד
					10. מחלות פרקים, הפרעות שלד (כולל שברים בעצמות)
					11. מחלות עור
					12. מחלת ממאירות
					13. טיפל פסיכולוגי/פסיכיאטרי
					14. שחפת

התופעה	לא (*)	כן (*)	אם כן, פרט
1. האם בטיפול תרופתי קבוע			
2. האם קיימת רגישות לתרופות			
3. האם קיימת רגישות למזון/עקיצות			
4. האם עברה/בדיקות מיוחדת			
5. האם נמצאת/במעקב מרפאתי קבוע			
6. האם עבה/ניתוחים			
7. האם ידוע על H.I.V (נשאות / מחלה)			

* נא ענה/י על כל השאלות ע"י סימון X במקום המתאים לכך.

* במידת האפשר נא צרף מכתב רפואי מפורט יותר, או העתקי סיכומי מחלה מאשפוז או ממעקב קבוע בבי"ח.

הערות: _____

הצהרת הרופא: הנני מצהיר כי הפרטים שמסרתי נכונים לפי מיטב ידעתי, וכי לא העלמתי מידע רפואי.

חותמת

חתימה

שם הרופא

תאריך



טופס פרטי בנק

א. חלק זה ימולא ע"י המועמד/ת:

שם המשפחה: _____ שם פרטי: _____

מס' ת"ז:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

כתובת מלאה: _____

ב. חלק זה ימולא ע"י הבנק:

הריני לאשר בזאת כי המועמד/ת לעיל, בעלת/ת חשבון שפרטיו:

שם הבנק: _____ מס' הבנק:

--	--

שם הסניף: _____ מס' הסניף:

--	--	--

מס' ח-ן:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

חותמת הבנק: _____

מועמד/ת לשירות לאומי: לאחר אישור הטופס ע"י הבנק יש לשלוח אותו למשרדי העמותה

ללא טופס חתום לא תתאפשר העברת דמי כיס בעת השירות

