טופס פרטי פונה (למילוי ע"י העו"ס בפגישה ראשונה)

יש לצרף **צילום/סריקה של תעודת** **זהות** כולל ספח פתוח.

שם פרטי:       שם משפחה:       מס' ת"ז       מגדר:

תאריך לידה       ארץ לידה       ארץ עליה       תאריך עליה

ססטוס משפחתי: שם האב       ישוב       רחוב ומס' בית

דירה בבעלות טלפון נייד       טלפון נוסף       אימייל

מעמד בעבודה: הכנסה1:  הכנסה2: הכנסה3:

קצבת ביטוח לאומי1 קצבת ביטוח לאומי2 קצבת ביטוח לאומי3

השכלה: ניצול/ת שואה מצב בריאות  (פרט)

האם מוכל להצטרף למאגר לשעת חירום?

מספר נפשות במשק הבית: מס' ילדים עד גיל 18:       מס' ילדים מעל גיל 18:

בני משפחה אחרים:

פרטי בן/בת זוג במשק הבית:

שם פרטי:       שם משפחה:       מס' ת"ז       מגדר:

תאריך לידה       ארץ לידה       ארץ עליה       תאריך עליה

ססטוס משפחתי: שם האב       טלפון:       אימייל

מעמד בעבודה: הכנסה1: הכנסה2: הכנסה3:

קצבת ביטוח לאומי1 קצבת ביטוח לאומי2 קצבת ביטוח לאומי3

השכלה: ניצול/ת שואה מצב בריאות (פרט)

האם מוכן להצטרף למאגר לשעת חירום?

פרטי הילדים (עד גיל 21):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| שם פרטי | שם משפחה | ת"ז | מין(ז/נ) | ת. לידה | שם האב | ארץ לידה | ת. עליה | מסגרת חינוכית וכיתה / אחר |
|       |       |       |  |       |       |       |       |       |
|       |       |       |  |       |       |       |       |       |
|       |       |       |  |       |       |       |       |       |
|       |       |       |  |       |       |       |       |       |
|       |       |       |  |       |       |       |       |       |
|       |       |       |  |       |       |       |       |       |

אנשי קשר נוספים רלוונטיים

שם:       תפקיד/קרבה:       טלפון:       מייל:

שם:       תפקיד/קרבה:       טלפון:       מייל:

עו"ס:       תאריך קבלת הטופס: