

טופס ד'

בקשה עבור עצמאי שהוא אדם עם מוגבלות

עצמאי יקר, אנא השלם את הפרטים החסרים בטופס.

| פרטי העצמאי | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------|--|---------|-----------|------|---------------------|------|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|------|--|---------|--|------|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------|--|--|--|--|-----|--|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| שם פרטי ומשפחה | | | | | ת.ז./ח.פ. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <th colspan="10">כתובת מקום העסק</th> </tr> <tr> <td colspan="2">מיקוד</td> <td colspan="2">ת.ד.</td> <td colspan="2">מס' בית</td> <td colspan="2">רחוב</td> <td colspan="2">ישוב</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="5">מספר טלפון/טלפון סלולרי</td> <td colspan="2">פקס</td> <td colspan="3">כתובת דואר אלקטרוני</td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | כתובת מקום העסק | | | | | | | | | | מיקוד | | ת.ד. | | מס' בית | | רחוב | | ישוב | | | | | | | | | | | | מספר טלפון/טלפון סלולרי | | | | | פקס | | כתובת דואר אלקטרוני | | | | | | | | | | | | |
| כתובת מקום העסק | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| מיקוד | | ת.ד. | | מס' בית | | רחוב | | ישוב | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| מספר טלפון/טלפון סלולרי | | | | | פקס | | כתובת דואר אלקטרוני | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ענף ספציפי לפי חלוקה של למ"ס: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>היכן שמעת על המרכז :</p> <p> <input type="checkbox"/> אתר אינטרנט / פייסבוק <input type="checkbox"/> חברים <input type="checkbox"/> עמותות <input type="checkbox"/> מרכזי תמיכה למעסיקים <input type="checkbox"/> ארגוני השמה <input type="checkbox"/> משרדי ממשלה <input type="checkbox"/> מרכז הכוון תעסוקתי <input type="checkbox"/> אחר </p> <p>[יש לסמן X במשבצת המתאימה]</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>סוג מוגבלות <input type="checkbox"/> מוטורית <input type="checkbox"/> ראייה <input type="checkbox"/> שמיעה <input type="checkbox"/></p> <p>פרט: [יש לסמן X במשבצת המתאימה]</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>העצמאי: <input type="checkbox"/> מוכר <input type="checkbox"/> אינו מוכר, כאדם עם מוגבלות על ידי גוף ציבורי שהוא:</p> <p> <input type="checkbox"/> משרד הביטחון <input type="checkbox"/> ביטוח לאומי <input type="checkbox"/> משרד הרווחה <input type="checkbox"/> משרד הבריאות <input type="checkbox"/> אחר: </p> <p>[יש לסמן X במשבצת המתאימה]</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| תפקיד העובד: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>כמה זמן אתה עצמאי בעסק הקיים: <input type="checkbox"/> טרם הקמתי את העסק: <input type="checkbox"/> עד 6 חודשים <input type="checkbox"/> מעל 6 חודשים</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>אם העסק קיים מעל 6 חודשים, האם חלה הרעה במצבך הבריאותי בתקופה של עד 6 חודשים לפני מועד בקשה זו: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>אם התשובה חיובית, הנך מתבקש להמציא מסמך המעיד על הרעה במצבך הבריאותי.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ההתאמה המבוקשת: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| תיאור המשרה ומטלות היומיומית של העובד: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



ההתאמה המתבקשת:

פרט:

יש לציין פרטים מלאים לגבי מהות ההתאמה, וכן סוג, דגם ומקום ייצור ומדוע היא דרושה לשם שילובו של העובד בעבודה, בהתחשב במוגבלות ובעיסוק.

- השאלת הציוד/התאמות תהיה עד 6 חודשים.
-

תצהיר (ימולא על ידי העצמאי)

| ת.ז. | | | | | | | | | | שם העובד |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|
| | | | | | | | | | | |
| <p>א. אני מאשר להעביר כל מידע הרלוונטי לבקשה להשאלת ציוד/התאמות.</p> <p>ב. אני מתחייב לשמור על הציוד/ההתאמות באופן תקין, ולהשתמש שימוש ראוי בציוד/התאמות במקום העסק בלבד.</p> <p>ג. אני מצהיר שכל הפרטים שמילאתי בטופס נכונים.</p> <p>ד. אני מצהיר שההתאמה המבוקשת עונה על הצורך שלי בהתאם לדרישות העסק ומאפייניו.</p> | | | | | | | | | | |
| חתימה: | | | | | | | | | | |

עצמאי יקר,

אנו מאחלים לך הצלחה.

קיימת אפשרות לרכישת הציוד/ההתאמה המושאל, במהלך ואו בסיום תקופת ההשאלה.

לפרטים נוספים, נא לפנות למוקד השאלת הציוד.