



יומן עבודה לחודש \_\_\_\_\_

אל הוועדה המקומית: \_\_\_\_\_

ס"ה כ שעות לשבוע	יום	א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'	שבת
	משעה							
	עד שעה							

שם:
מס' זהות:
רח':
ישוב:
טלפון:

שם המטפל \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

המטפל/ת ימלא/תמלא בכל יום את שעת תחילה וסיום העבודה ויחתום/תחתום.

חתימה של הזכאי/ת או בן/בת משפחתו/ה	חתימת המטפל/ת	ס"ה"כ שעות	שעת סיום	שעת תחילת העבודה	שעת סיום	שעת תחילת העבודה	היום בשבוע	היום בחודש
								1
								2
								3
								4
								5
								6
								7
								8
								9
								10
								11
								12
								13
								14
								15
								16
								17
								18
								19
								20
								21
								22
								23
								24
								25
								26
								27
								28
								29
								30
								31

### הצהרת המטפל/ת על קרבת משפחה ומגורים

אין קרבת משפחה מכל סוג שהוא ביני ובין המטופל/ת הנ"ל.

חתימת המטפל/ת \_\_\_\_\_

בן/בת משפחה
האם החותם/ת אינו הזכאי/ת עצמו/ה:
שם בן/בת משפחה
קרבה לזכאית

הסיבה לאי מתן שירותים
1. השירותים התחילו באמצע החודש
2. המטפל הפסיק באמצע החודש
3. פטירה
4. אשפוז
5. היעדר הזכאי/ת מהבית
6. אחר

אישור המטפל/ת
שם המטפל/ת
חתימת המטפל/ת
תאריך

אישור נותן השירותים
שם נותן השירותים
חתימת נותן השירותים
תאריך

בעת העדרות המטופל/ת מביתו/ה או אישפוזו/ה בבי"ח - אין לתת טיפול ויש לדווח מיד למשרד.