

רשימת מסמכים לתורמים במדים

- כרטיס אישי - לא חובה- איסוף פרטים אישיים לפתיחת תיק בנתיב.
- החלטה לתורמים במדים
- טפסי סל שיקום- הטפסים הראשונים שהוגשו לסל שיקום **או** הבקשה שהוגשה בשקדיה
- תמונה פנים- גובה כתפיים, כל הפנים רקע אחד בפיר
- צילום תעוזת זהות וספח
- אינטיק
- טפסים לפתיחת בקשה להтенדבות- 3 טפסים
- כתוב הסכמה להעברת מידע לגוננים (מצח"ל)
- טופס ויתור סודיות משרד הבריאות
- ויתור סודיות כללי לצה"ל
- אישור פסיכיאטרי
- טופס תוכנית שיקום אישית
- פרטי חשבון בנק- אישור رسمي מהבנק
- הסכם התקשרות
- דף הכנה לראיון
- טפסי ביטוח- אישור העסקת מתנדב, כשירות רפואי, הצהרת בריאות
- סיוכם מידע רפואי מרופא משפחה **או** חתימה על אישור רפואי של טפסי ביטוח ישראל - חלק ג'.

אין גבול להזדמנויות שלכם.

דף מידע בסיסי – תכניות לשילוב בצה"ל

שם מלא הטופס : _____ תאריך : _____

ת. לידה	מו ת"ז			שם	
טלפון נייד	עיר	דירה	קומה	רחוב ומספר	
תאריך קבלת לתוכנית	אישור עד תאריך	תאריך ועדת סל שים	מקור הפניה		
תאריך סיום התוכנית					
האם מקבלת/ת קצבת נכות: כן/לא		דירות- בית, הווטל, דירות עצמאיות ועוד			
טיפול רפואי	שם הרופא הפסיכיאטר, כתובת ומספר טלפון		שם מטופל אישי, כתובת ומספר טלפון		
רגיון ואלרגיות	שם רופא משפחה, כתובת ומספר טלפון				
	חברות בקופ"ח				
מספר טלפון		קרבה	איש קשר		
מספר טלפון		קרבה	איש קשר		
האם יש אפוטרופוס כן/לא, כתובת וטלפון					
מקום תעסוקה- בסיס, יחידה					
שם איש קשר ביחידת + תפקיד					
הערות					

שאלון אישי למועדן - דיווח עצמי - תורמים במדים / שילוב מנצח (הקפ בעיגול)

פרטים אישיים תאריך מלא השאלון _____ שם מלא השאלון _____

תאריך לידה	שם פרטי	שם המשפחה	מספר זהות
------------	---------	-----------	-----------

כתובות: _____ נייד: _____

רחוב	מספר	קומת	דירה	ישוב	סניף	שם רופא משפחה	קופת חולים
------	------	------	------	------	------	---------------	------------

שמות ההורים:

הורה: _____ עיסוק: _____ מספר טלפון: _____

הורה: _____ עיסוק: _____ מספר טלפון: _____

הורים: נשואים / גרוושים . במשותף או אחד מהתגורר:

איש קשר נוסף: _____

אחיהם: _____

עם מי מתגורר הצעיר: _____

איך אתה מגדר את היחסים המשפחתיים:

לימודים:

ביתה _____ ביה"ס _____ מקצוע מורה: _____

חינוך מיוחד / ביתה משולבת. أنا פרט/: _____

האם השתתפתי בעבר בקבוצה חברתית / טיפולית/ חוגים ? כן / לא. أنا פרט/: _____

ג'ויס לצה"ל:

סטטוס: קיבلتី צו ראשון / קיבلتី פטור משרות / קיבلتី זימון לועידה רפואי, أنا פרט/י את התהילה שעברת בצבא עד בה: האם הוגשה בקשה להתקנות באופן עצמאי?

תעסוקה:

אם השתלבת בעבר הוא בהווה במקום תעסוקה? כן / לא רפואי/י

מהם נקודות החזק שלי ? התנסיות, יכולות, תכונות משאבים העומדים לרשותך ביום יום :

איפה הקשיים יכולים לבוא לידי ביטוי ביוםום ובצבא? بما הייתה רצה להשתפר?

מוסמיצה לשירות צבאי – אני רוצה להתגייס לצבאי:

למה הייתה רצה להצטרף לתורמים במדים / שילוב מנץח ?

ניסיון קודם – מהיכרות שלי את עצמי:

איך אני מגיב במצבים חדשים? ומה עוזר לי במצבים חדשים?

איך אני מתמודד עם סמכות?

מהי יכולת ההתמודדות שלי עם חוקים ונהלים?

האם אני עומד בזמןים?

ההיסטוריה רפואי (רלוונטי גם לתורמים במדים וגם לשילוב מנצח):

האם קיים אישור סל שיקום/ הוועדה לתוכנית ? _____

אילו שירותים נוספים: _____

מטפל רגשי (טיפול פרטני, פסיכולוג....) כולל טלפון: _____

פסיכיאטר : _____ תדיות: _____

מרפאה פסיכיאטרית: _____

איש קשר נוסף: _____

מצב בריאותי כללי: _____

טיפול רפואי (כולל מינונים): _____

רגישיות, אלרגיות, איסורים מיוחדים: _____

האם יש היסטוריה אשפוזים? כן / לא פרט/ _____

מתי היה האשפוז האחרון? ומשכו?

מתי התחיל המשבר? _____

במה זה בא לידי ביטוי? _____

האם בעבר הייתה אובדן / פגעה עצמית?

האם קיים עבר פלילי? האם יש תיקים פתוחים במשטרת? במידה ובן, נדרש להוציא רישום פלילי

האם הייתה מעורב במקרים אלימות? נקטת באלים מול מישחו אחר או חווית אלימות?

האם קיים שימוש בסמים?

האם קיים שימוש מופרז באלכוהול?

עצמות :

אני עצמאי/ת בנושאים: (נא לסמן X)

- באוטובוס
- ברכבת

אני יכול/ה להתמצא בסביבה חדשה בלבד:

- בדרך כלל כן
- אני צריך/ה עזרה בפעמים הראשונות
- אני צריך/ה עזרה גם אחרי מספר פעמים במקום חדש

התנהלות בנושא כסף:

- אני לא יודע לנוהל את העניינים הכספיים שלי. מישחו אחר עושה זאת זה (אפוטרופס?)
- אני צריך/ה עזרה בניהול הכספי אבל יודע רוב הזמן להסתדר עם הכספי.
- אני מנהל את העניינים הכספיים שלי בלבד.

העדפות לתחומי שירות צבאי/אזרחי

אנא הקפ/י בעיגול את סביבת העבודה הרצויה לך:

1. מבנה סגור / עבודה בחוץ

2. עבודה עם הרבה אנשים מסביב / עבודה עם מעט אנשים / עבודה בלבד

3. מה יכול להפריע לך בمكان השירות שלך:

ריחות, רעש, אבק, לביר, עישון, איסור לעשן, אחר:

אנא הקפ/י בעיגול את המומנויות בהן אתה/ת שולט/ת:

קריאה, בתיבה, עבודה משלנית, ספורט, הדרכה, תחומיים טכניים, חומרה, תוכנה, תחומיים טכנולוגיים, עבודה במטבח, מחסן אפסנות, עבודה אחזקה, עיצוב גרפי, עסק בסרטים/צלום, מכונות (רכב, נגמשים, מטוסים), תיכנות, מתן שירות, מומנויות אופיס,

תחום ידע ספציפי:

אחר:

הוסף/י מומנויות נוספות בהן אתה/ת שולט/ת:

בישורים וכיישרונות אישיים:

(שהיית רוצה לעשות בהם שימוש בשירותי הצבאי)

אנא סכמ/י את העדופותיך לשירות:

1.

2.

3.



טופס ויתור סודיות

*ימולא ע"י מקבל/ת השירות

**חשיבות מואוד לשוחח עם מקבל/ת השירות על משמעות וויתור הסודיות, כך שההחתמה תבוצע על בסיס הבנה, שיתוף, הסכמה ולקיחת אחריות של المشترك/ת על ההליך.

אני החתום/ה מטה _____ מס' זהות _____

נותנת בזאת רשות **לגורם שיקום** (הספק/חברה - כולל יחידת הקצה) (לדוגמה: חברת X סניף גליל מערבי)

לגורם טיפול (שם הפסיכיאטר המטפל/שם הרופא המטפל....) – _____

לקבל ו/או למסור לו (הספק/חברה - כולל יחידת הקצה) _____

את כל המידע הרלוונטי על מצב בריאותי הנפשי או השיקומי.

כמו כן את כל הפרטים אודוט השירותים הנิตנים לי במסגרת סל שיקום, בכדי שנตอน השירות יוכל לראות תמונה רחבה אשר תסייע בתכנית השיקום האישית שלי.

ידעו לי כי מסירת מידע בהתאם להסכם שלי כפי שמופיעה במסמך זה אינה מהווה פגעה אסורה בפרטיווי ואינה מהווה הפרעה של חובת הסודיות הרפואי, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה בקשר למסירת מידע זה.

כתב וויתור סודיות זה יהיה בתוקף **שנה** מיום חתימתו אלא אם כן נמסרה הודעה בכתב.

תאריך	חתימה	
		עד לחתימה
	<u>אפוטרופוס</u>	* במידה והגישה מתקינות עם רצורת ומנהלת מקצועית ואין גורם חיצוני אחר, הם יכולים לשמש כעדים.
שם משפחה	שם פרטி	שם משפחה
שם פרטי	קירבה	שם פרטי
כתובת	מס' טל'	תפקיד
חתימה	חתימה	חתימה
תאריך	תאריך	תאריך

*הטופס מופנה לשני המגדדים



ויתור סודיות

אני החתום מטה שם: _____ ת.ז.: _____

מאשר לעו"ס ומנהלות תכניות לשילוב בצה"ל, עמותת גוונים, למנהלויות מחוזיות ורכוזות בתוכניות שלילוב בצה"ל, להיות בקשר עם הגורמים הצה"ליים - הגורמים הרפואיים, גורמי ברה"ן ומדור מתנדבים לקבל ו/או להעביר מידע אודוטי בכספי לבדוק עבורי האפשרות להתנדב לצה"ל.

שם: _____ ת.ז.: _____

טלפון ליצירת קשר: _____

תאריך: _____ חתימה: _____

אין גבול להזדמנויות שלכם.

טופס הערכת שירותי התנדבות צבאיות בתכנית "תורמים במדים"

ע"י הפסיכיאטר/ית המטפל/ת

"תורמים במדים" הינה תוכנית שיקומית המאפשרת לצעירים עם מגבלה נפשית להתנדב בסיסי זה"ל תוך קבלת ליווי מקצועי אינטנסיבי של עמותת "גוננים" אשר מפעילה את התכנית באישור ובפיקוח משרד הבריאות- סל שיקום.

בתוכנית ניתנת התייחסות ייחודית לכישורים ולקשיים של כל צויר וכן נעשית התאמה אישית לתפקיד ולמקום התנדבות. הצעירים משתלבים במסגרת של התנדבות אזרחית يوم יומי (ללא לינה בבסיס) במסגרת של 30-20 שעות שבועיות (עד 100 שעות בחודש) כאשר מתאפשרת כניסה הדרגתית להתנדבות. המתנדבים מקבלים ליווי רציף לאורך כל תקופה ההתנדבות תוך נדרש של הגורמים המלווים אל מול גורמי הצבא.

הנני מאשר/ת כי הצעיר/ה: _____ ת.ז: _____

עומד/ת בתנאים הבאים הנדרשים להנדבות בצבא במסגרת "תורמים במדים":

- € הצעיר/ה משתייך/ת פעולה עם המקבב הרפואי והטיפול רפואי בהתאם להמלצות הרופא
- € הצעיר/ה אינו/ה במצב של אובדן פעליה.
- € הצעיר/ה אינו/ה מסוכן/ת לעצמו/ה או לסביבתו/ה.
- € הצעיר/ה נמצא במצב של שיפוט ותובנה תקינים.

תדיות המקבב הנדרשת: _____

טיפול רפואי שנקבע: _____

* נא לצרף חוות דעת הכללת רקע האבחנה וסתטוס הנוכחי.

חתימה:

פסיכיאטר/ית: _____ תאריך: _____

הצהרת התנדבות לכוחות הסדיירים של צה"ל

הצהרת המתנדב/ת

אני החתום/ה מטה:

שם המשפחה	שם פרטי	כתובת מלאה	מספר טלפון	מספר זהות
-----------	---------	------------	------------	-----------

מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. הואיל ועל פי מדיניות מיטב כו"ם, לא הייתה נקראת לשירות ביטחון וברצוני לשרת, הרini מבקשת בזאת להתנדב לשרת בכוחות הסדרים של צבא הגנה לישראל לתקופה של 18/24/36 חודשים אחדשי (ייקבע בהתאם לשיבוץ המיעוד)

 - מתנדבים שתאריך הלידה שלהם הינו עד 1990, יחתמו על התנדבות לתקופה של 18 חודשים שירות אלא אם מיעדים למקצוע המצריך או"ך שירות מלא - 36 חודשים לבנים - 1 - 24 חודשים לבנות.
 - ילידי 1991 ואילך, יחתמו על התנדבות ל- 24 חודשים שירות אלא אם מיעדים למקצוע המצריך או"ך שירות מלא - 36 חודשים לבנים - 1 - 24 חודשים לבנות שתחילתם מן המועד שייקבע לכך על ידי הרשות הצבאית המוסמכת.

2. יש לציין את או"ך השירות של המתנדב לפי ההסביר המצוין לעיל:

3. ידוע לי כי התנדבות זאת תיכנס לתקופה רק מהמועד בו תאושר ע"י מפקד מיטב או מי שהוסמך על ידו לכך.

4. ידוע לי שאם תאושר התנדבותי, יהיה חייבת להתייצב לשירות במועד בו יקבע ע"י מפקד מיטב או מי שהוסמך על ידו לכך, **אי התיצבות תגרור סגירת בקשת התנדבות באופן מיידי.**

5. ידוע לי כי עם הגשת הבקשה והמועד בו תאושר (אם תאושר) ובמידה **ומצא בשירותה לשירות** הנני מתחייבת כי לא אחוור במתנדבותי, ואני מצהיר/ה כי לא אבקש להחיל עלי את מדיניות מיטב, לפיה לא הייתה נקראת לשירות.

6. כן ידוע לי שבמשך כל תקופת השירות על פי התנדבותי זו אחשב לחיל/ת בשירות סדר בצה"ל לכל דבר ועניין ויחולו עליו על הזכויות וה חובות החלים על חיילים בשירות סדר בצה"ל לפי כל דין ולפי הוראות הצבא.

להלו הנימוקים לבקשתך:

אני מצהיר שקיבלתי אגרות הסבירה למתנדב

חתימה

תאריך

הטופס נחתם ב נכחות:

חתימה

תפקיד

שם+משפחה

N. 1

פראג

ויתור על סודיות רפואי

אני החתום/ה מטה:

שם המשפחה	שם פרטי	כתובת מלאה	מספר טלפון	שם זהות
-----------	---------	------------	------------	---------

נותן בזה רשות לכל אדם, העובד או משרות בחיל הרפואה של צה"ל או במשרד הביטחון ולכל אדם או גוף המטפל בחילילים או במיעדים לשירות ביטחון מטעמו או בשליחותו של חיל הרפואה של צה"ל או במשרד הביטחון, לרבות, בית חולים, קופת חולים, הסניפים השונים של מוסדות אילו, רופאים, עובדים, ועודם, ו/או מי מטעם ו/או כל עובד בתחום בריאות הנפש או/ו התחום הסוציאלי או/ו הסיעודי או/ו השיקומי (להלן "נתוני השירות") למסור למדור רפואי לשכת הגיס ולתא מתנדבים במידב (להלן "המבקשים") את כל המידע על מצב הבריאות, המצוי בידי נתוני השירותים, ללא יוצאה מן הכלול ובאופן שידרשו המבקשים.

לענין כתוב ויתור על סודיות זה (על סעיפיו השונים) "מידע על מצב הבריאות" מידע על מצב בריאותו הום מהבחינה הפיזית והן מהבחינה הנפשית, לרבות מידע הנוגע לטיפול פסיכולוגי או/ו פסיכיאטרי, ו/או על כל מחלת שחילתי בה בעבר או/ו מידע על מצב הסוציאלי או/ו הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על תשלומים שהשתלמו לי בגין מצב הבריאות.

הנני משטרר בזה את משרד הביטחון, צה"ל וחיל הרפואה של צה"ל, וכל אדם ומוסד שנמננו לעיל, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע "למצבי הבריאות" ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח עלשמי אצל נתוני השירותים שפורטו לעיל.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל נתוני השירותים שנמננו בסעיף 1 לעיל, כל טענה או תביעה מסווג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור וلتפוצתו לאחר שנסמן.

בקשי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטויות, התשמ"א 1981 והוא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות והאנשים המנויים על נתוני השירותים שפורטו בסעיף 1 לעיל.

חתימת המלש"ב:

חתימה

ת.ז

שם +משפחה

תאריך

טיפול רפואי במהלך שירות:

אני החתום/ה מטה:

שם המשפחה	שם פרטי	כתובת מלאה	מספר טלפון	שם זהות
-----------	---------	------------	------------	---------

1. מצהיר בזאת כי הנני רשום כחבר בקופת החולים _____ סניף _____ בישוב _____.
2. להלן פירוט זכויות הרפואיות במהלך שירות במתנדב:
- במידה ואני בעל פרופיל 21 - ידוע לי כי בתקופת השירות הсадיר בצה"ל קיבל שירות רפואי מקופת החולים בה הנני רשום, ולא מצה"ל (למעט חרום).
 - במידה ואני בעל פרופיל 24/מושך שירות - ידוע לי שאוטופל ע"י גורמי רפואי רפואי בצה"ל במהלך שירות.
- במידה וולא בעיה רפואית חריפה במהלך יום העבודה כל חיל קיבל מענה רפואי ממרפאה צה"לית, גם אם מקבל טיפול רפואי בקופה"ח אזרחית.
3. ידוע לי כי במידה שאמצא כשיר לשירות אפסיק לקבל שירות רפואי רפואי מקופת החולים וากבל טיפול רפואי של צה"ל או מטעמו.
4. ידוע לי כי במידה ואabbo לשירות קבוע אוטופל ע"י גורמי רפואי השירות בצה"ל בלבד, ככל מרתי הקבע.
5. הנני מצהיר כי בכל מקרה של שינוי משמעותי במצב בריאותי אודיע על כך לאalter ל:
- א. מועמד לשירות ביטחון - מיטב תחומי מתנדבים.
 - ב. חיל בשירות חובה - רופא היחידה ומפקדים.

הנני מאשר שהפרטים שמסרותי היום מלאים ונכונים:

חתימה

ת.ז

שם +משפחה

תאריך

**כתב הסכמה - העברת מידע מצה"ל לארגון**

אני הח"מ _____ מס' ת"ז _____ שכותבת/ה היא _____ מצהיר בזאת, כי הנני מסכימים לכך שאגף כוח האדם בצה"ל, משרד הביטחון או מי מטעם ימסרו, מעת לעת, מידע אישי על אודוטי, בהתאם לפירוט שלහלו, המצו依 בידי צה"ל לידי הארגון _____.

אני מצהיר כי בקשתי זו יפה לפי חוק הגנת הפרטויות, התשמ"א 1981 והוא חלה על כל המידע שיועבר מטה.

ידוע לי כי המידע אודוטי ישמש לצורך טיפול הליכי הגיוס בעניין ומיצוי השירות כמו כן, ידוע לי כי למידע אודוטי ייחסן בעל הפקיד בארגון לו נתתי את הסכמתי בלבד.

ידוע לי כי עם תום השימוש במידע על אודוטי הוא ימחק מן המערכות הממוחשבות המצויות בשימוש הארגון.

ידוע לי ואני מסכימים כי אין ולא תהינה לי כל תביעה, טענה, דרישת כלפי משרד הביטחון או צה"ל או שניהם יחד בקשר למסירת מידע כאמור ולתפותתו לאחר שנספר, וכן בקשר לשימוש שיעשה במידע על אודוטי כמפורט לעיל, ובכלל זה, בקשר לפגיעה בפרטיות.

ידוע לי כי לעניין כתוב הסכמה זה "מידע המצו依 בידי צה"ל ומשרד הביטחון" הינו כدلיקמן: נתוני זימנו קדם צבאיים – מועד צו ההתקציבות וסיבת התקציבות, מועד השלמת הליכים, נתוני גיוס ואי גיוס, נתוני שיבוץ, נתוני קצונה ופיקוד יותר, נתוני ליקויי שירות – לרבות נפקדות, עיריות וכלייה ונתוני נשר. לא ימסר מידע אישי לגבי הכלול את נתוני האישים- לרבות קב"א, דפ"ר, פרופיל רפואי, סיבות ההתקציבות או סיבות הנשר.

חתימה

תאריך

אני הח"מ _____ מס' ת"ז _____ נציג הארגון _____
מצהיר בזאת, כי המידע שיימסר מצה"ל ישמר בידי הארגון בצורה מאובטחת ויישמש עבור הцыוצים
שלশם הוגדר בלבד כפי שמפורטים במסמך זה.

חתימה

תאריך

דף הכנה לראיון אישי בצה"ל

הדף הזה נועד רק לכם, אין צורך להביא אותו עמכם לראיון, הוא נועד לעזור לכם להתמקד בדברים החשובים ואיך הייתם רוצים شيיכרו אתכם לאורךראיון.

ראיון יכול להיות מפתיע לטוב ולרע ולא הכל ניתן לצפות מראש ולכון חשבו להגעה הכיו מוכנים שאפשר ולהיות פתוחים וغمישים גם להפתעות.

לפני שאתם עונים על השאלות- מה המסרuaiתו אתם רוצים לצאת? ומה הדבר הכי חשוב שאתם רוצים שיידעו עליהם?

הכינו את עצמכם למסור את הפרטים הבאים **באופן שוטף**-

מותר להגיש שמותרגשים, וחשוב לא לשכוח לחיזק ☺

1. שם מלא _____
2. גיל _____
3. מקום מגורים _____
4. עם מי גרים בבית _____
5. באיזה תיכון למדתי _____
6. האם יש לי בגרות מלאה/ חלקית/ במה הרחבה _____
7. אילו תחביבים יש לי _____

לאחר מכן ישאלו שאלות שהן יותר כלליות

למה חשוב לך להתנדב לצה"ל?

מה חשוב לך להשיג בשירות הצבאי?

מה הרקע לפטור?

אין גבול להזדמנויות שלכם.

מה את/ה חושב/ת שאת/ה יכול/ה לתרום מעצמך לצבע?

מה יכול להיות לך קשה או מאתגר?

עצות והמלצות!!!

- ❖ במהלך הראיון יספרו לכם על היחידה, לעיתים ההסבר על היחידה ארוך ולעיתים קצר, הרגישו נוח לשאול שאלות ליחידה או דברים שלא הבנותם.
- ❖ אתם לא חייבים לספר בראיון מה שלא מרגיש לכם נכון או נכון לספר. מותר לכם להגיד בנימוס שאתנס מудינים לא לענות על השאלה.
- ❖ התכוונו עם הרכזים ועם ההורים לפני הראיון שתרגישו שאתנס מצליחים לדבר ברצף.
- ❖ מותר להגיד בראיון שאתנס מתרגשים או לחוצים, זה עוזר למפקדים להיות בעצמם יותר רגועים ופחות מלחיצים.
- ❖ לא כל ראיון תעבורו, זה בסדר. גם לא כל תפקיד אתכם תרצו וזה גם בסדר.
- ❖ בסוף ישאלו אתכם אם יש לכם שאלות או עוד משהו להגיד – זה הזמן לומר את המסר שלכם ואת הדבר שהכי חשוב לכם שיידעו עליהם!
- ❖ יש לכם יתרון אדיר שאתנס מגיעים עם מוטיבציה. מפקדים מעריכים מאוד מתנדבים עם מוטיבציה, זה מושך נקודות זכות לטובתכם.
- ❖ המפקדים אותם תפגשו לפני שהם מפקדים, הם אנשים, ורוב המקרים הם נחמדים וחשובים להם לאפשר לכם להשתלב אצלם ביחידות.

שייה בצלחה!, אנחנו איתך לאורך כל הדרך ומאמנים בך!

צוות התוכנית

אין גבול להודמנויות שלכם.

**הסכם התקשרות –
בין תוכנית 'תורמים במדים' לבין משתתפי תוכנית**

אני _____ מסכימים/מה בזאת להצטרף לתוכנית 'תורמים במדים'
ומוכן/נה לקבל את החוקים החלים במסגרת התוכנית. פירוט חובות וזכויות בהמשך:

זכויות:

1. לכל מתנדב 15 ימי חופשה שנתיים.
2. עד 30 ימי מחלה בשנה (במידה ואין אישור מחלה יחשב כיום חופשה).
3. קבלת מדים, כומרתה צבאית, נעלים.
4. החזר הוצאות נסיעה או השתלבות בהסעה (תורמים במדים).
5. ארוחות בזמן مليוי התפקיד בבסיס – בוקר, צהרים וערב.
6. שימוש במתקני הבסיס – חדר אוכל, בית הכנסת ושק"מ.
7. ליווי רציף בהשתלבות בתפקיד – ליווי אישי וליווי המפקדים.
8. קבלת דמי כיס בסך 300 ש"ל לתורמים במדים.
9. כל צער יקבל ליווי אישי בבניית תכנית אישית שתסייע בידיו להגדיר את יעדיו.
10. יילקח בחשבון רצונו של הצער בכל הנוגע לטיפול בו, ויוענק לויחס של כבוד מצד הצוות.
11. במקרה של כל אירוע חריג יש לפנות מיד וישירות לרכז/ת המלווה. בקשה למעןה רפואי למתנדבים אזרחים לא ניתן לקבל בבסיסי צה"ל.

חוות:

1. רצון להتندب ולשרת בצבא ורומה משמעותית במקום השירות.
2. שירות כולל של 20-25 שעות שבועיות של שירות (לפחות) – 3-4 ימים בשבוע
3. הגעה רציפה וזמן.
4. הودעה על כל היעדרות מיום שירות והמצאת אישור רפואי לכל יום מחלה.
5. דיווח על התנהלות שוטפת למלואה מטעם התוכנית.
6. שירות לבוש מדים באופן תקני.
7. השתתפות בכנסים ובאירועים של היחידה.
8. עמידה בכללי ההתנהגות ופקודות הצבא.
9. חל איסור על שימוש בחומרים ממקרים לרבות כגון: אלכוהול וסמים קלים וקשיים), במסגרת התוכנית. במידה וסעיף זה יופר תבוצע השעה מידית מהתוכנית כולה.
10. חובת הצער להיות בעקב רפואי פסיכיאטרי ולנהוג לפי המלצות הרופא כולל: נטילת תרופות וטיפולים נוספים. חלה על הצער, חובת דיווח על התדרדרות במצב בריאותי/ נפשי
11. מתוקף פקודת השילוב הרואוי חל איסור מוחלט להיות נוכחים במצבים אינטימיים, לבוא ברגע פיזי או ליצור שיח עם גוון מיני (גברים ונשים כאחד), כולל הודעות כתובות או שיחות טלפון.
12. עמידה בתוכנית האישית שנקבעה עם כל העיר.
13. במידה והמתנדב מעוניין לסיים את ההתנדבות במקום השירות, יש להודיע על כך מראש.

על החתוםים:

העמותה

הצער



תוכנית אישית – תורמים במדים ושיילוב ממצח

תאריך כתיבת התוכנית : _____

*9913	שם המתנדב :
	תעודת זהות :
	כתובת מגורים :
	שם הרצעת המלווה :

basis and unit	position	date of admission to the system	date of admission to the base

נקודות חזקה שלי :

התארגנות ועמידה בזמן

יוזמה ומוטיבציה

עבודות צוות

הופעה חיצונית והיגיינה

aicot b'itzu ha-mishimot

קצב b'itzu mishimot

קבלת סמכות ונחיים

דו-גיות / מיניות

כשר

בטחון עצמי ודימוי עצמי

יצירת קשר חברתי

פיתוח תחביבים

שעותacha"z

ארגון סביבת עבודה

תדונה

יכולות מקצועיות

בכל להזדמנויות שלכם.



התארגנות ועמידה בזמן

דברים שהייתי רוצה להשתפר בהם:

יזמה ומוטיבציה

עבודת צוות

*9913

הופעה חיצונית והיגיינה

aicota biutz ha-mashimot

קצב biutz mishimot

הבלת סמכות ונוהלים

dogiot / miniot

kosher

בטחון עצמי ודימוי עצמי

יצירת קשר חברתי

פיתוח תחביבים

שעותacha'z

ארגון סביבת עבודה

תזונה

יכולות מקצועיות

תאריך לביקורת היעד	קריטריון למדידה טוווח/כמויות/תדריות איך תדע שהשגת ?	דרך ביצוע איך תישם את היעד? מה אני צריך לעשות ביוםיום.	יעד לאיזו תוצאה אתה שואף? איך זה ייראה	מה המטרות שלי	
3 או 6 חודשים					1
3 או 6 חודשים					2
3 או 6 חודשים					3

בכל להזדמנויות שלכם.



שמור



莫ウメント להתנדבות צה"ל – פעילות לוגיסטיבית

טופס בשירות רפואיות

חלק א' – פרטי המועמד (ימולא ע"י המועמד):

תעודות זהות	שם ומשפחה	כתובת מגורים	יהודיה	מעסיקה
-------------	-----------	--------------	--------	--------

- לא ידוע לי על מגבלה רפואיית המונעת אתفعاليות במסגרת צה"ל כמתנדב.

חותמת המתנדב _____ תאריך _____

חלק ב' – תיאור מופיעני פעילות התנדבות (ימולא ע"י יחידה המעסיקה)

פירוט סוג הפעילות הנדרשת למועמד עליך לתאר את סוג הפעילויות לדוג: חומרים מסוכנים, אמצעי בסיטיות, תנאי אקלים קיצוניים, מאמצ גופני נדרש, שעת פעילות, או כל קשיי אחר המתבקש לפעילות)

חותמת וחותימה של קצין קישור מתנדבים יהודה מעסיקה _____

תאריך _____

חלק ג' – אישור הרופא המטפל (ימולא ע"י הרופא):

אישור רופא:

הריני מאשר כי בדקתי את מוגברות _____ ת.ז. _____
בהתאם לאמור לעיל ומצאתו אותו כשיר/לא כשיר לפעילויות הנדרשת כפי שמוגוארת לעיל.

למועדן אישיש מגבלה רפואיית לביצוע הפעילויות: _____

שם הרופא _____ תאריך _____

חותימה _____ מס' רישון _____



שמור



מועדון/ת להתרנדות בצה"ל

טופס הצהרה רפואי

חלק א' – פרטי המועמד :

תעודות זהות	שם ומספרה	כתובת מגורים	יחידה מעסיקה
-------------	-----------	--------------	--------------

חלק ב' – שאלון רפואי :

אני קראי/י את השאלות בסדר יסודית וענה/י על כל השאלות בכנות.

פירוט	האם חך סובל/ת מהחtopעה		החותפה
	כן	לא	
			האם אתה/ה סובל ממחלה לב
			האם אתה/ה חשש כאביס בחזה
			האם במהלך השנה החולפת אייבדת שיווי משקל עקב סחרחות
			האם במהלך השנה החולפת אייבדת את הכרתך
			האם אתה/ה סובל/ת מקוצר נשימה
			האם אתה משתמש בתרופות קבועות, אם כן פרט

חלק ג' – הצהרת המתנדב :

- הנני מצהיר/ה בזאת שככל הפרטים שמסתרתי נכון ונכונים והנני כשיר/ה להתרנד בצה"ל.
- אני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזאת כי אני מוכנה/ה להתרנד בסיווע לוגיסטי בצה"ל.
- אני מצהיר/ה בזאת שלא ידוע לי על מגבלה פיזית או רפואית המונעת ממני התרנדות בצה"ל.
- אני מתחייב להצהיר ולעדכן על כל שינוי במצב הבריאותי את ראש הקבוצה/ק. קישור למתנדבים.
- ידוע לי שבמקרה של פגיעה בדרך, במהלך ומתקום התרנדות הנני מבוטחת על-ידי ביטוח לאומי.
- אני החתום/ה מטה מצהיר/ה כי קראתי והבנתי את כל השאלון הרפואי והצהרה בטופס זה
ומילאתי בעצמי. אני מצהיר/ה כי מסרתי את כל המידע החדש והנכון על מצב הרפואתי בעבר
וכיום.

תאריך

חתימת המתנדב/ת

אישור העסקת מתנדב:

אבקש להתקבל לתקופה של _____ (עד שנה)

החל מתאריך _____

שם מלא מתנדב / ת - _____

קובץ: _____

כתובת מלאה _____ ג. _____

מספר טלפון _____ נייד _____

שנת לידה _____

קופת חולים _____

פרטי ב Habot משפחה כאיש קשר במקרה הצורך: קירבה - _____

שם מלא _____ מספר טלפון _____

לקצינים בלבד - הני מצהיר כי לא ביצעת ב- 90 יוס הקודמים לתקופת החוגבות שמי' פ/מת"ק, וחל עלי
איסור לבצע זאת גם במהלך תקופה החוגבות.

הני מתחייב בעת קליטה ביחידת עבור אצל קב"ס היחידה לטובת לקבל חנויות לשירות ביחידת
וחתימה על הצהרת סוויות.

על אף עצם היותי מתנדב הני כפוף לחקיקה הפלילית הרגילה החלה על כל אדם במדינה, וכן במקרים
חרגניים של עבירות ביחסו מידע, ניתן להעמיד לדין פלילי מחוץ למסגרת הצבאית.

חתימת המתנדב _____

הני מצהיר לכם כי המתנדב חנ"ל מבוטח בביטחון לאומי עפ"י פקודת

מטכ"ל 11.03.50.

, בברכה,

שם וחתימת בעל סמכות החפניה

חותמת

תאריך