

## דף מידע בסיסי – תכניות לשילוב בצה"ל

שם ממלא הטופס : \_\_\_\_\_ תאריך : \_\_\_\_\_

שם		מס ת"ז		ת. לידה
רחוב ומספר	קומה	דירה	עיר	טלפון נייד
מקור הפניה		תאריך ועדת סל שיקום	אישור עד תאריך	תאריך קבלה לתכנית
				תאריך סיום התכנית
דיור- בית, הוסטל, דיור עצמאי עוד		האם מקבל/ת קצבת נכות: כן/לא		
שם מטפל אישי, כתובת ומספר טלפון		שם הרופא הפסיכיאטר, כתובת ומספר טלפון		
שם רופא משפחה, כתובת ומספר טלפון		רגישויות ואלרגיות		
חברות בקופ"ח				
איש קשר	קרבה	מספר טלפון		
איש קשר	קרבה	מספר טלפון		
האם יש אפוטרופוס כן/לא, כתובת וטלפון				
מקום תעסוקה- בסיס, יחידה				
שם איש קשר ביחידה + תפקיד				
הערות				