



### ילדי שלוחי הרבי – טופס רישום

"ילדי שלוחי הרבי" נוסד בכדי להקל על הנטל והאתגר של גידול ילד עם צרכים מיוחדים, על ידי נתינת מענה ומסגרת של תמיכה לשלוחים. התוכנית הכוללת והמקיפה שלנו, נועדה לטפל בקבוצה מסויימת של צרכים, ומחזקת את יכולתם של השלוחים לספק את הצרכים של ילדם המיוחד וכמו כן לשאר המשפחה, תוך כדי ביצוע השליחות על הצד הטוב ביותר.

אנא מלאו טופס רישום זה ושלחו חזרה, בכדי ש"ילדי" יוכל להתחיל לספק את השירותים. היו בטוחים שהמידע על טופס זה יישאר חסוי. "ילדי" לא יחשוף את המידע שלהלן ללא הסכמתכם.

מידע כללי	
	שם הילד – לועזי:
	שם הילד – עברית:
	שם משפחה – לועזי:
	שם משפחה – עברית:
	מין: <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
	תאריך לידה: יום: _____ חודש: _____ שנה: _____
	שם האב – לועזי:
	שם האב – עברית:
	שם האם – לועזי:
	שם האם – עברית:
	שם נעורים:
	כתובת:
	עיר, יישוב, מדינה:
	מיקוד:
	ארץ:
	שליח ראשי:
	טלפון בבית:
	טלפון במשרד:
	נייד – אבא:
	נייד – אמא:
	אימייל – אבא:
	אימייל – אמא:

מספר האֶחָאִים במשפחה:		מספר אֶחָאִים מעל:		מספר אֶחָאִים מתחת:	
				שמות ה אֶחָאִים המבוגרים: נא לציין באם הם נשואים	
				שמות האֶחָאִים הצעירים:	
<p>האם הנכם מעוניינים שהאֶחָאִים במשפחה ישתתפו בתוכנית התמיכה "סיבלקיקס"?          באם כן, נא למלאות את טופס ה"סיבלקיקס" המצורף.</p>					
<b>מידע רפואי</b>					
				מצב רפואי/אבחון: נא לפרט את כל האבחנות	
				גיל הילד בזמן האבחנה:	
		ראשוני: _____		משני: _____	
		אחר: _____		אחר: _____	
		כן: <input type="checkbox"/>		לא: <input type="checkbox"/>	
האם הילד מבוטח בביטוח רפואי מהמדינה או ב-Social Security Income?					
		כן: <input type="checkbox"/>		לא: <input type="checkbox"/>	
		אחר: <input type="checkbox"/>		אחר: <input type="checkbox"/>	
האם הילד מקבל ביטוח רפואי או Medicaid benefits?					
		כן: <input type="checkbox"/>		לא: <input type="checkbox"/>	
		אחר: <input type="checkbox"/>		אחר: <input type="checkbox"/>	
האם הילד רשום בתוכנית הטבות לביטוח רפואי או ב-Medicaid Waiver Program?					
		כן: <input type="checkbox"/>		לא: <input type="checkbox"/>	
		אחר: <input type="checkbox"/>		אחר: <input type="checkbox"/>	
האם הילד מקבל שירותים והטבות מהמדינה או מארגוני התנדבות?					
		כן: <input type="checkbox"/>		לא: <input type="checkbox"/>	
		אחר: <input type="checkbox"/>		אחר: <input type="checkbox"/>	
בית ספר נוכחי/מעון יום:					
<b>האם נמצאים ברשותכם המסמכים הבאים?</b>					
		כן: <input type="checkbox"/>		לא: <input type="checkbox"/>	
		כן: <input type="checkbox"/>		לא: <input type="checkbox"/>	
		כן: <input type="checkbox"/>		לא: <input type="checkbox"/>	
<b>נא לפרט את כל הטיפולים/תרפיות שהילד מקבל:</b> נא להשתמש בטפסים נוספים במידת הצורך					
סוג הטיפול	מיקום בית/בית הספר/אחר	עלות לשעה	תדירות פעמים בשבוע	עלות כוללת שנתית	ביטוח

## הוצאות נוספות:

עלות נוספת	סוג
	ציוד להתעמלות פיזית (בבית)
	סיעוד ביתי
	דיאטה מיוחדת
	אחר

**אנא פרטו את הטיפולים שהייתם רוצים שילדכם יקבל,  
באם היה לכם את האמצעים הדרושים:**

עלות כוללת שבועית	תדירות פעמים בשבוע	עלות לשעה	מיקום בית/בית הספר/אחר	סוג הטיפול/תרפיה

**אנא פרטו את התוכניות בהם הייתם רוצים שילדכם ישתתף:**  
קייטנת קיץ או חורף / פעילויות הפוגה / שבתונים, וכן הלאה

משך הפעילות	עלות	משתתף כעת	מיקום	סוג הפעילות
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		

נא השתמשו בשטח זה, בכדי לשתף אותנו בהערות או במידע נוסף:

לאמהות: האם הנך מעוניינת לקחת חלק באופן אנונימי בפורום התמיכה שלנו? כן  לא

### הצהרת פרטיות

ילדי שלוחי הרבי מחוייב לשמור על המידע בטופס זה, וכל התכתבויות אחרות בסודיות מוחלטת. שום מידע לא ייחשף מחוץ למשרדינו ללא הסכמת ההורים. המידע ישותף בין צוות המשרד במידת הצורך. נא בדקו את הצהרת שיתוף המידע. **הנכם חייבים לבחור באפשרות אחת בכל שדה.**

אני מאשר ל"ילדי" לחלוק מידע עם המטה הראשי של "מרכז לעניני חינוך – 302", בדבר הזדמנויות למלגות והחזר הוצאות:

אני מאשר  אני לא מאשר

אני מאשר ל"ילדי" להשתמש בתמונות של משפחתי (הורים, ילדים, אחים) בחומר פרסומי ובכתבות:

אני מאשר  אני לא מאשר

חתימת האב: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

חתימת האם: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

לשימוש המשרד בלבד

נתקבל בתאריך \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ עודכן בתאריך \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

נא לשלוח את הטפסים המלאים ל: [Sholly@Yaldei.com](mailto:Sholly@Yaldei.com), או לפקס: 718-989-8586.

ילדי שלוחי הרבי – ארגון לצרכים מיוחדים

כתובת: 353 Kingston Ave #302, Brooklyn, NY 11213

טלפון: 646-558-5800

פקס: 718-989-8586

אתר: [www.yaldei.com](http://www.yaldei.com)

