

טופס הערכת מצב הצעירה/טרם כניסה לשירות הלאומי ע"י הפסיכיאטרית המטפלת

הנני מאשר/ת כי הצעירה/ה: _____ ת.ז. _____
כשירה/ה להתנדב לשירות הלאומי בהיקף של מינימום 30 ש"ש.

- חתימת הפסיכיאטר: _____
- הצעירה/ה הוכרה/ה במוסד לביטוח לאומי ב- 40% (לפחות) על רקע של נכות נפשית.

(בבקשה לצרף טופס מביטוח לאומי- הכרה בנכות ע"פ סעיף 33 או 34)

חתימת הפסיכיאטר: _____

או:

- במידה והיה/הייתה ניגש/ת לוועדה בביטוח לאומי היום, היה/הייתה מקבל/ת 40% נכות (לפחות) על רקע נפשי.

חתימת הפסיכיאטר: _____

וגם:

כמו כן אני מאשר/ת כי הצעירה/ה עומד/ת בתנאים הבאים, שהם התנאים ליציאה לשירות הלאומי במסגרת תוכנית 'משלבים' (סמן והוסף את חתימתך ליד כל סעיף אותו אתה מאשר, על מנת למנוע אי הבנה):

- הצעירה/ה עומד/ת בטיפול המומלץ.

חתימת הפסיכיאטר: _____

- הצעירה/ה אינו/ה במצב של אובדנות פעילה.

חתימת הפסיכיאטר: _____

- הצעירה/ה אינו מסוכן/ת לעצמו/ה או לסביבתו/ה.

חתימת הפסיכיאטר: _____

הערות: _____

על החתום:

הרופא/ה המטפלת/ת (פסיכיאטרית): _____

תאריך: _____

- הערה: במהלך שנת השירות יידרש אישור מחדש לטופס זה