



ביטחון תזונתי



אשדוד
אשל ירושלים



BLAVATNIK
FOOD BANK



משרד העבודה רווחה
והשירותים החברתיים



דף הצהרת מקבל השרות המיזם הלאומי לביטחון תזונתי

אני הח"מ,

										שם פרטי		שם משפחה		מספר זהות			
										בן זוג		תאריך לידה בן זוג		מספר זהות			
										עיר		שכונה		רחוב ומספר בית			
										מספר כניסה		קומה		מספר דירה		הערות לנהג	
										מספר טלפון		מספר פלאפון		מספר פלאפון - 2			

נא להתייחס לכל הסכומים בחישוב חודשי בלבד!

הערות	מקור	סך	מעמד	הכנסות נוספות
		₪		
		₪		
				היעדר הכנסות נוספות
				[] אין לי הכנסות נוספות (סמן V)

הוצאות רפואיות	הצהרה	סך	התרופות מיועדות ל: (שם החולה)	קרבה	סובל מ:
	[] אני משלם כל חודש על תרופות.	₪			
	[] אין לי הוצאות על תרופות.	₪			

החזר חובות חודשי (פרט למשכנתא והוצאות דיור)	סוג המלוה	סכום החוב הכולל של החוב	סכום החזר החודשי	תאריך היווצרות החוב	תאריך תשלום מתוכנן אחרון	תיאור החוב
		₪	₪	/ /	/ /	
		₪	₪	/ /	/ /	
		₪	₪	/ /	/ /	

ידוע לי כי כחלק מהשתתפות בתכנית הסיוע במזון - אני מחויב להשתתף בסדנאות שיתקיימו ע"י

מיזם התכנית בנושאים שונים, ביניהם: ניהול כלכלי, מיצוי זכויות, תזונה נכונה. ההשתתפות בסדנאות הינן תנאי להשתתפות בתכנית הסיוע ואי השתתפות בסדנאות יכולה לבטל את זכאותי לתכנית הסיוע.

אני הח"מ מאשר למח' הרווחה לשתף בתיקי האישי את אשל ירושלים, ולאשל ירושלים לשתף את פרטיי, מסמכי ומידע אישי אחר, לכל גורם נוסף הקשור ל'מיזם הלאומי לביטחון תזונתי'.

תאריך: _____ / _____ / _____ שם וותימת המבקש/ת: _____ X