



המחלקה לשירותים חברתיים



המרכז לשלום המשפחה

התחנה ליועץ בחיי נישואין ומשפחה

טלפון: 03-6221372

שם משפחה: \_\_\_\_\_ תאריך פנייה: \_\_\_\_\_

זמן מועדף לטיפול: בוקר / אחה"צ (עד 18:00) תשלום: \_\_\_\_\_

הקצף	האשה
שם:	שם:
ת.ג.:	ת.ג.:
ת.ז.:	ת.ז.:
ארץ מוצא: שנת עלייה:	ארץ מוצא: שנת עלייה:
רווק / נשוי / אלמן / חי בנפרד / ארוס	רווק / נשוי / אלמן / חי בנפרד / ארוס
כתובת:	כתובת:
טלפון:	טלפון:
נייד:	נייד:
מקום עבודה:	מקום עבודה:
האם נמצא בטיפול רפואי? כן / לא	האם נמצא בטיפול רפואי? כן / לא
האם נמצא בטיפול נפשי? כן / לא	האם נמצא בטיפול נפשי? כן / לא
שרות בצה"ל: כן / לא כמה שנים?	שרות בצה"ל: כן / לא כמה שנים?
שנת נישואין:	שנת נישואין:
האם נישואין אלו ראשוניים: כן / לא אם לא, כמה שנים היית נשוי בפעם הראשונה?	האם נישואין אלו ראשוניים: כן / לא אם לא, כמה שנים היית נשוי בפעם הראשונה?
מה מצמדק מנישואים אלו? ארוס / אלמן / חי בנפרד	מה מצמדק מנישואים אלו? ארוס / אלמן / חי בנפרד



טיפולאים לואייט קודמים: כן / לא שנה: _____ מקום: _____	טיפולאים לואייט קודמים: כן / לא שנה: _____ מקום: _____
האט מוכר לשירותי הרווחה? כן / לא	האט מוכר לשירותי הרווחה? כן / לא
אט כן, מי העו"ס?	אט כן, מי העו"ס?
הארכט המפנה לטיפול: עצמי / רב / רבנית / עו"ס ארכט אחר בקהילה / אחר	הארכט המפנה לטיפול: עצמי / רב / רבנית / עו"ס ארכט אחר בקהילה / אחר

היילדים:

תאריך לידה	שם היילד

נא לפרט צלום ת.ג. + ספת.

המציה המוצהרת והציפיות מהטיפול:

---



---



---



---



---

סודיות מובטחת!



**האגף לשירותים חברתיים**



שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
 מס' נפשות \_\_\_\_\_.

ידוע לי שהטיפול בתחנה ליעוץ זוגי ומשפחתי הוא בתשלום.

התשלום יקבע לאחר שיוגשו אישורי הכנסות של המשפחה.

אישורי הכנסה כדלקמן: שכיר – חודשיים אחרונים

עצמאי-אישור מרואה חשבון/מס הכנסה

לא עובד- אישור מביטוח לאומי על "מעמד לא עובד"

קצבאות מביטוח לאומי- נכות, השלמת הכנסה, הבטחת הכנסה.

אברך- אישור כולל.

אישור תשלום מזונות.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

**עיריית אלעד. האגף לשירותים חברתיים, המרכז לשלום המשפחה, פנחס בן יאיר 6,**

**אלעד 40800**

טל: 03-6221372 • פקס: 03-6221379 • דוא"ל: [shlomzion@elad.muni.il](mailto:shlomzion@elad.muni.il) •