

טופס הצהרה לצורך הכרה להחזר בטיפול פרטי- התפתחות הילד

בהתאם לדרישות והנחיות משרד הבריאות, על מנת לטפל בבקשה ביעילות, אנא מלא/י הטופס במלאו.

מטפלים ומטפלות שטיפלו בעבר במסגרת טיפול פרטי בהחזרים נדרשים למלא סעיפים א' ו-ג'.

מטפלים ומטפלות שלא טיפלו בעבר במסגרת טיפול פרטי בהחזרים נדרשים למלא סעיפים ב' ו-ג'.

שם המטפל: _____ מקצוע: _____

מספר רישיון: _____ בתוקף מתאריך: _____

א. אני מצהיר/ה כי טיפלתי במסגרת טיפול פרטי בהחזרים עד חודש 08/2025, וכי מתקיים לגביי

לפחות אחד מהתנאים הבאים: יש לסמן ✓ בהתאם לתנאי ההכרה הרלוונטים בענייך

ארבע שנות ותק ומעלה במוסדות ושירותים התפתחותיים*, ללא תלות בהיקף המשרה ובמגוון האוכלוסיות

שנתיים ועד ארבע שנות ותק במוסדות ושירותים התפתחותיים*, ללא תלות בהיקף המשרה ובמגוון האוכלוסיות

שנתיים ועד ארבע שנות ותק במוסדות ושירותים התפתחותיים*, ללא תלות בהיקף המשרה ובמגוון האוכלוסיות + שמונה

שנות ותק ומעלה במגזר הפרטי (אשר יומרו לשנתיים במוסדות ושירותים התפתחותיים).

שמונה שנות ותק בתחום ללא ניסיון במוסדות ושירותים התפתחותיים*

פחות משנתיים ותק במוסדות ושירותים התפתחותיים*.

הבהרה: מטפל/ת עם פחות משנתיים ותק במוסדות או שירותים התפתחותיים – לא עומד/ת בתנאי ההכרה לקבלת מטופלים

חדשים במסגרת טיפול פרטי בהחזרים. כן יתן אישור להמשך טיפול פרטי בהחזרים עבור מטופל קיים שהחל טיפול לפני

08/2025, ככל שרלוונטי, וזאת לצורך שמירת על הרצף הטיפולי.

*מוסדות התפתחותיים ושירותים התפתחותיים אשר עונים להגדרה בסעיף 3 לחוזר משהב"ר 5/2025, כמפורט בסוף המסמך ובחוזר.

ב. אני מצהיר/ה כי לא טיפלתי במסגרת טיפול פרטי בהחזרים עד חודש 08/2025, ואני מבקש/ת

להכיר בי לצורך החזרים בטיפול פרטי: יש לסמן ✓ בהתאם לתנאי ההכרה הרלוונטים בענייך

אני מצהיר/ה כי עומד/ת בדרישת הניסיון התעסוקתי הבאה:
4 שנות ותק לפחות במוסדות ושירותים התפתחותיים* בהיקף משרה מצטבר של 50% ומעלה, מתוכן שנתיים לפחות במוסד התפתחותי הנותן מענה למגוון אוכלוסיות.

*מוסדות התפתחותיים ושירותים התפתחותיים אשר עונים להגדרה בסעיף 3 לחוזר משהב"ר 5/2025, כמפורט בסוף המסמך ובחוזר.

ג. יש למלא את הפרטים הנלווים תומכי ההצהרה

יש לפרט ניסיון תעסוקתי רלוונטי בתחום הילדים:

מקום עבודה	תקופת עבודה לדוגמה: 01/2018-05/2022	היקף משרה	אנא סמן/י את התיאור המתאים למקום העבודה
			<input type="checkbox"/> מכון/יחידה התפתחותי מוכר למשרד הבריאות <input type="checkbox"/> מעון יום שיקומי <input type="checkbox"/> מסגרת חינוך מיוחד של משרד החינוך <input type="checkbox"/> מסגרת רווחה שבה מטופלים ילדים בעלי זכאות לסל הבריאות <input type="checkbox"/> שירותי טב"מ (טיפול בריאותי מקדם) <input type="checkbox"/> אחר, פרטי/י _____
			<input type="checkbox"/> מכון/יחידה התפתחותי מוכר למשרד הבריאות <input type="checkbox"/> מעון יום שיקומי <input type="checkbox"/> מסגרת חינוך מיוחד של משרד החינוך <input type="checkbox"/> מסגרת רווחה שבה מטופלים ילדים בעלי זכאות לסל הבריאות <input type="checkbox"/> שירותי טב"מ (טיפול בריאותי מקדם) <input type="checkbox"/> אחר, פרטי/י _____
			<input type="checkbox"/> מכון/יחידה התפתחותי מוכר למשרד הבריאות <input type="checkbox"/> מעון יום שיקומי <input type="checkbox"/> מסגרת חינוך מיוחד של משרד החינוך <input type="checkbox"/> מסגרת רווחה שבה מטופלים ילדים בעלי זכאות לסל הבריאות <input type="checkbox"/> שירותי טב"מ (טיפול בריאותי מקדם) <input type="checkbox"/> אחר, פרטי/י _____

השתלמויות בתחום:

תאריך	נושא	היקף שעות	גורם מארגן

קבלת הדרכה מקצועית:

יש לצרף נספח א' בחוזר עבור הדרכות החל מיום 1.1.2025.

*מוסדות התפתחותיים ושירותים התפתחותיים אשר עונים להגדרה בסעיף 3 לחוזר משהב"ר 5/2025, לרבות מעון יום שיקומי בעל רישיון; מכון להתפתחות הילד/יחידה התפתחותית מוכרים ע"י משרד הבריאות; מסגרת חינוך מיוחד של משרד החינוך; או מסגרת רווחה שבה מטופלים ילדים בעלי זכאות לסל התפתחות הילד, שירותי טב"מ (טיפול בריאותי מקדם).

תאריך: _____ חתימת המטפל/ת: _____

נספח א'**דף תיעוד שעות הדרכה מקצועית**

שם המטפל/ת: _____

מקצוע: _____

מספר תעודת רישוי: _____

חתימה	תאריכים	כמות שעות	שם המדריך/ה ומספר תעודת רישוי

*הדרכה תוכר בהתאם להגדרת "הדרכה" בחוזר משהב"ר 5/2025.

חתימת המטפל/ת: _____

תאריך: _____