

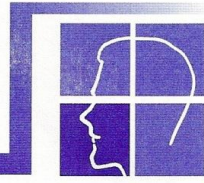


החברה העיונית, ראש"צ
לתרבות, ספורט ונופש



עיריית ראשון-לציון
אגף שירותי פרט
השירות הפסיכומני החינוכי

שירות פסיכולוגי משלים



שפ"מ

תאריך _____

לכבוד:

ועדת הנחות שפ"מ
שירות פסיכולוגי משלים.

בקשה לקבלת הנחה בשירותי השפ"מ. להלן המסמכים המבוקשים:

1. תדפיסי בנק שלושה חודשים אחרונים.
2. תלושי שכר שלושה חודשים אחרונים.
3. הכנסות מביטוח לאומי.
4. דו"ח עובדת סוציאלית.
5. אישור על הנחה בארנונה – במידה וקיים.
6. במידה וההורים גרושים – אישור על גובה מזונות.
7. חוזה שכירות
8. תנאים מיוחדים במשפחה נכות/ מצב בריאות/יתום וכו'

את הבקשות יש להגיש בצירוף המסמכים הנדרשים ולהעבירם למזכירות השפ"מ,
במרכז קהילה קרית גנים - רח' אושה 18. טלפון: 03-9627943

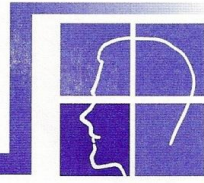
פרטים על הילד/ילדה:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ביה"ס: _____
כיתה _____ ת.ז. _____ שנת לידה: _____

פרטים על המשפחה:

האם:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז.: _____
שנת לידה: _____ תעסוקה: _____ טל/נייד _____
מצב משפחתי: _____ שכר (ברוטו): _____ שכר נטו: _____



האב:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז.: _____
שנת לידה: _____ תעסוקה: _____ טל' / נייד _____
מצב משפחתי: _____ שכר (ברוטו): _____ שכר נטו: _____

האם יש הכנסות נוספות? כן / לא
אם כן מהיכן: _____ עסקים / רכוש.

ילדים:

1. שם: _____ שנת לידה: _____ עיסוק: _____
2. שם: _____ שנת לידה: _____ עיסוק: _____
3. שם: _____ שנת לידה: _____ עיסוק: _____
4. שם: _____ שנת לידה: _____ עיסוק: _____

הצהרה:

הריני מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בשאלון זה הינם נכונים.
ידוע לי שאם יתברר כי פרטים מסוימים אינם נכונים, תשלול ממני הזכות לקבל הנחה.

הבקשה לא תובא לדיון באם לא צורפו כל המסמכים הדרושים.

מטרת הפנייה (נא להקיף בעיגול): טיפול, אבחון פסיכולוגי, אבחון דיסקטי, פסיכודידקטי.
סיבת הפנייה/רקע:

שם: _____

חתימה: _____