פניה לביטוח לאומי: מחלקת שיקום

תאריך_____

לכבוד

מנהל/ת מחלקת השיקום

המוסד לביטוח לאומי

סניף _____

שלום רב,

הנדון: <u>שירותי שיקום</u>

מר/גב'

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי

הופנה/תה לוועדת שיקום אזורית בתחום בריאות הנפש,

אודה לך על העברת המידע כדלהלן עד תאריך _____לכתובת הרשומה מטה.

בברכה

שם המטפל: _____

שם המסגרת המפנה:_____

כתובת: _____

עיר:_____ מיקוד: _____

מס' פקס:_____

הנ"ל טופל/ה ע"י מחלקת השיקום כן ☐ לא ☐ בשנת _____

אם טופל/ה אודה על צירוף דו"ח קצר על התכניות שאושרו לו/ה בעבר, תאריכי האישור ופרטים על טיפולכם בו/ה.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

חתימה מנהל/ת מחלקת שיקום

המוסד לביטוח לאומי