



המשרד ממלא: _____

ויתור סודיות

רשות להעביר מידע לעובד הסוציאלי

ויתור סודיות הוא אישור להעביר פרטים ומידע אישי עלי למישהו מסוים.

כשאני חותם על ויתור הסודיות הזה,
אני מסכים שהביטוח הלאומי והעובדים בביטוח לאומי יעבירו פרטים
עלי לעובד הסוציאלי שמופיע בסוף הדפים האלה.

פרטים אישיים (מידע אישי עלי):

שם פרטי	
---------	--

שם משפחה	
----------	--

מספר תעודת זהות	ספרת ביקורת
* אפשר למצוא את המספר בתעודת הזהות	

תאריך לידה	שנה	חודש	יום
(מתי נולדתי)			

כתובת (איפה אני גר)

	רחוב
--	-------------

	מספר בית
--	-----------------

	כניסה
	אם יש

	מספר דירה
	אם יש

	יישוב
	(עיר)

						מיקוד
*אפשר למצוא על מכתב שקבלתם או באתר הדואר						

	תא דואר
	אם יש

פרטי התקשרות (איך אפשר להתקשר אלי)

			-									טלפון קווי (בבית)
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------------

			-									טלפון נייד (פלאפון)
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------

אני מסכים לקבל הודעות אס אם אס לטלפון הנייד? סמן ☒ במקום המתאים: כן ☐ לא ☐												
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	@		כתובת אימייל (דואר אלקטרוני)
--	---	--	---------------------------------

הצהרה (הבטחה)

אני מסכים שהעובד הסוציאלי, שהפרטים שלו מופיעים בטופס הזה, יקבל מידע עלי מביטוח לאומי, בנושאים:

- מידע על המצב האישי שלי, המצב הבריאותי שלי והתנאים בהם אני חי.

- מידע על הטיפול בי ועל בקשות שביקשתי מהביטוח הלאומי, אם היו.

התשובות של הביטוח הלאומי לבקשות שביקשתי, אם היו. לדוגמה:

- האם אני מקבל עזרה מביטוח לאומי.

אם כן, איזו עזרה אני מקבל מביטוח לאומי.

- האם אני מקבל כסף מביטוח לאומי.

אם כן, כמה כסף אני מקבל מביטוח לאומי ולמה.

- האם אני חייב כסף לביטוח לאומי.

כך, העובד הסוציאלי יכול לבדוק שאני מקבל מהביטוח הלאומי את כל הדברים שמגיעים לי.

עכשיו, העובד הסוציאלי:

1. מקריא מה הוא מבטיח

2. ממלא את הפרטים שלו

3. חותם שהוא מבטיח לשמור על המידע שלך, לפי החוק

[העובד הסוציאלי מקריא לאדם:]

אני, העובד הסוציאלי _____ [שם העובד הסוציאלי],
מבטיח להשתמש במידע שאני מקבל מהביטוח הלאומי רק כדי לקדם
את הטיפול ב _____ [שם האדם], ולפי החוק.

פרטים של העובד הסוציאלי:

שם פרטי	
---------	--

שם משפחה	
----------	--

מספר תעודת זהות										
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

שם הרשות או המוסד	
----------------------	--

מספר טלפון				-							
------------	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

חתימה של העובד הסוציאלי


תאריך					
שנה		חודש		יום	

[אם האדם מסכים, האדם חותם:]

אני, _____ [שם האדם],

הבנתי את מה שכתוב במסמך הזה.

אני מסכים שביטוח לאומי והעובדים בביטוח לאומי יעבירו את המידע

שלי ל _____ [שם העובד הסוציאלי], העובד הסוציאלי מטפל

בי..

שם פרטי ושם משפחה שלי:

חתימה שלי


תאריך					
יום		חודש		שנה	

השותפים בהנגשה של הטופס:

