

סבא ג'ק – מרכז לטיפול חוויתי משולב

בקשה להנחה בתשלום

שם המבקש: _____

שם המטופל: _____ תאריך _____

טלפון/פלאפון: _____

קופת חולים + סוג הביטוח הרפואי: _____

דוא"ל: _____

סוג הטיפול: רכיבה טיפולית/ טיפול בעזרת בעלי חיים/ אחר _____

מצב משפחתי של ההורה: רווק(ה) /נשוי(אה) /גרש(ה) /אלמן(ה) /אחר _____

עיסוק: _____

עיסוק בן/בת הזוג _____

מספר הילדים _____

משכורת חודשית ברוטו של הפונה _____ (נא לצרף 3 תלושי משכורת)

משכורת חודשית ברוטו של בן/בת הזוג _____ (נא לצרף 3 תלושי משכורת)

• נא לצרף העתק תדפיס עובר ושב בגין 3 חודשים אחרונים

קצבה מביטוח לאומי _____

הכנסות אחרות/תשלום מזונות _____

שכירות חודשית _____

תשלום משכנתא חודשי _____

האם ברשותך רכב: כן/ לא, שנת ייצור הרכב _____

הערות נוספות: _____

הערות עובדת סוציאלית: _____

לשימוש המשרד: _____
