

מטפלים על גלגלים ע"ש זלאטה הרש ז"ל בקשה להשתתפות בתוכנית טיפולים פארא רפואיים

קרן מלכי הינה עמותה רשומה אשר נוסדה ב-11 בספטמבר 2001. הקרן היא יד זיכרון למלכה חנה רוט ז"ל אשר נרצחה ב-9 לאוגוסט 2001 בגיל 15, במתקפת טרור של החמאס במסעדת סבארו בירושלים. ניתן לקרוא את פעילויותיה של הקרן באתר www.kerenmalki.org.

מטפלים על גלגלים ע"ש זלאטה הרש ז"ל, היא תוכנית ייחודית של קרן מלכי שבמסגרתה מקבלים ילדים עד גיל 18 עם נכויות קשות טיפולים פארא-רפואיים בבית: פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וריפוי בדיבור, כדי לסייע להם להתקדם ולממש את הפוטנציאל שלהם.

התוכנית מיועדת למשפחות ישראליות המתגוררות בארץ באזורים הבאים: בדרום מכביש 35 דרומה ובצפון מכביש 85 צפונה, מקומות בהם קשה להרבה משפחות לקבל עבור ילדיהם טיפולים ממטפלים מוסמכים ואשר ילדיהן אינם מקבלים טיפולים פארא-רפואיים לפי צרכיהם עקב מרחק גיאוגרפי, או מחסום אובייקטיבי אחר. מטרת הטיפול היא להביא את המטפלים אל הילד. רכזת התוכנית מטעם קרן מלכי תתאם את זמני הטיפול בין המשפחה והמטפל/ת.

לאחר בדיקת הנתונים בוועדת ההיגוי של התכנית שכוללת אנשי מקצוע מובילים בתחומי התפתחות הילד, יתקבלו ילדים לתוכנית. **כל הנתונים של המתקבלים לתוכנית יישמרו בסודיות המרבית בהתאם למדיניות קרן מלכי.**

בשלב זה, יאושר טיפול אחד בשבוע למשך 6 חודשים. לאחר שישה חודשים, עם קבלת דו"ח התקדמות מהמטפל/ת ועד ההיגוי המקצועי יחליט האם להאריך את הטיפולים לעוד 6 חודשים, סך הכול שנה אחת. כל ילד בתוכנית יהיה רשאי לקבל טיפול פארא רפואי מסוג אחד או יותר, לפי צרכיו.

משפחה המעוניינת להתקבל לתכנית צריכה להגיש את הפריטים הבאים:

- א. למלא את הטופס מצ"ב
- ב. דו"ח רפואי מעודכן (בדיקה שנערכה לא יותר מאשר תשעה חודשים לפני הגשתו) **מרופא התפתחותי או נוירולוג ילדים**. הדו"ח הרפואי חייב לכלול אבחנה ותיאור המצב. הדו"ח הרפואי אינו חייב להמליץ על טיפולים עבור הילד/ה.
- ג. יש לשלוח העתקי דו"חות בלבד. **דוחות מקוריים אשר יישלחו לא יוחזרו.**
- ד. את הטופס והדו"חות הרלוונטיים יש לשלוח ל- office@kerenmalki.org או לפקס לקרן מלכי במספר פקס 03-542-3783 או לשלוח אל קרן מלכי, ת.ד. 53314, ירושלים 9153301 **המשפחה מתבקשת לא לשלוח חומר כלשהו בדואר רשום.**
- ה. לבירורים יש להתקשר למשרדי קרן מלכי בטלפון 02-567-0602, בימים א'-ה' בין השעות 16:00-8:30.
- ו. קרן מלכי תדון בכל פניה, והודעה על אישור השתתפות, או לחילופין הודעת דחייה, תתקבל בדואר.

קרן מלכי שומרת לעצמה את הזכות לקבוע את התאמת הילדים לתוכנית ייחודית זו, משך הטיפולים, ואת מועד הפסקתם, במקרים מסוימים, לפי שיקול דעתה הבלעדי, בכל עת בלא כל מתן הודעה מוקדמת.

כתובתנו קרן מלכי, ת.ד. 53314 ירושלים 9153301 **טלפון** 02-567-0602 **פקס** 03-542-3783

App

Rej

Def

שימוש משרדי בלבד

.. תאריך קבלת הטופס: _____



KEREN MALKI

קרן מלכי לזכרה של מלכי רוט הי"ד
THE MALKI FOUNDATION

בקשת הצטרפות לתכנית טיפולים פארא רפואיים
מטפלים על גלגלים ע"ש זלאטה הרש ז"ל

← חובה למלא כל שדה המסומן בכוכבית (*)

* פרטים אישיים	
* שם משפחה:	* שם הילד/ה:
* תאריך לידה הילד/ה:	* ת.ז. הילד/ה:
* שם האב:	* שם האם:
* כתובת כולל מיקוד	* ארץ לידה:
* טלפון בבית:	* טלפון נייד:
* דוא"ל: חובה למלא (נא לרשום באותיות דפוס באנגלית) _____@_____	
* האם אתם נכללים בתכנית אחרת של "קרן מלכי" היום, או בעבר? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
* אבחנה	
* אבחנה:	
* דו"ח רפואי מצורף מהרופא המאבחן - שם וכתובת:	* התמחות הרופא: <input type="checkbox"/> נויורולוג <input type="checkbox"/> ילדים התפתחותי
* טלפון (מכון או מרפאה):	* קופ"ח:
* טיפולים ניתנים	
* סוג המסגרת החינוכית בה לומד/ת הילד/ה	* סוג טיפולים שהילד/ה מקבל/ת בביה"ס או מעון ותדירותם
* הטיפולים שהילד/ה מקבל/ת מקופת חולים או ממשד הבריאות ותדירותם	
* הטיפולים שהילד/ה מקבל/ת באופן פרטי ותדירותם	
האם הילד/ה מועמד/ת לוועדת השמה, או למסגרת חינוכית מיוחדת? כן / לא	
* אם כן - אנא פרטו:	
* הטיפולים המבוקשים	
* <input type="checkbox"/> פיזיותרפיה <input type="checkbox"/> ריפוי בדיבור <input type="checkbox"/> ריפוי בעיסוק	
* מסמכים	
* חובה לצרף סיכום רפואי מפורט חתום ע"י נויורולוג או רופא ילדים התפתחותי. דו"ח הרופא צריך להיות מעודכן וכן לא יותר מתשעה חדשים.	
* נא לצרף גם מכתב של איש מקצוע (עו"ס או רופא) המפרט את הסיבות שארכי הילד לטיפולים פארא-רפואיים לא נענו, ונימוק על הצורך בקבלת הטיפולים בבית	
* אין בקבלה לקרן מלכי משום התחייבות של הקרן לתמיכה כל שהיא בגורם כלשהו. מובהר בזאת כי הקרן רשאית להפסיק את תמיכתה בכל גורם שהוא בהתאם לשיקול דעתה הבלעדי.	
* חתימת הורה:	* שם ההורה החותם
* חתימת הורה של עזרה במילוי הטופס ע"י עו"ס וכדומה): שם העו"ס: _____ טלפון: _____	

כתובתנו קרן מלכי, ת.ד. 53314 ירושלים 915330 **טלפון** 02-567-0602 **פקס** 03-542-3783



Cherna Moskowitz
Foundation

The Anne and Henry
Zarrow Foundation

שותפים