



ו' באייר, התש"פ
30 אפריל 2020
סימוכין : 217449620
(במענה : ציין סימוכין)

הנדון : פרסום נוהל שעה בעניין מימון האשפוז הסיעודי הכרוני

מצורף בזאת נוהל שעה בעניין מימון האשפוז הסיעודי הכרוני, המפרט את ההקלות שאושרו לתקופת הקורונה, ביחס למבקשי שירותי אשפוז חדשים וקיימים בהתאם לחוזר מנכ"ל 8/2018- "סיוע במימון האשפוז הסיעודי הכרוני".

בכבוד רב,


משה בר סימן טוב

3/5/2020

נוהל שעה - סיוע במימון האשפוז הסיעודי בתקופת חירום קורונה

סימוכין: מתווה בנושא "הקלות למצב חירום קורונה" שפורסם ביום 10.04.20

1. כללי

- 1.1. בעקבות מגיפת הקורונה הכלל עולמית, גיבש המשרד את המתווה שבסימוכין; זאת לצורך התאמת הליכי הטיפול בקודים חדשים וקיימים למצב הנוכחי והשפעותיו השירותיות והכלכליות.
- 1.2. תקופת המתווה היא מיום 1.4.20 ועד ליום 31.8.20 בהתאם למפורט להלן ובמידת הצורך יוארך.

2. מטרת הנוהל

מטרת הנוהל היא לתת מענה שירותי וכספי למטופלים ובני משפחותיהם בבקשות לקודים חדשים וקודים קיימים, לאור הקשיים המאפיינים את תקופת הקורונה, תוך יצירת אחידות בלשכות הבריאות ביישום המתווה שבנדון.

3. הנחיות לביצוע – קודים "חדשים": למגישי בקשה ל"קוד" סיעודי (מטופלים ובני משפחה) ולמבקשים שנמצאים בתהליך לקבלת קוד אך עדיין לא השלימו אותו

3.1. חישוב הזכאות

ככלל, חישוב הזכאות יתבצע כפי שנעשה בשגרה, בהתאם לחוזר מנכ"ל 8/2018, יחד עם זאת יש לפעול בהתאם לצעדים והשינויים המפורטים להלן:

- הטפסים הנדרשים למילוי ונספחיהם (ע"י המטופל בן/בת הזוג ובנית/בנות של המטופל, אפוטרופוס או אחר) יועברו ללשכת הבריאות באמצעי אשר נוח ומתאפשר למבקש (דואר, פקס, מייל, וכו'). עם זאת, במידת הצורך, תותקן גם תיבה בכניסה ללשכה.
- כדי להקל על האזרחים, לא יידרש תצהיר בפני עו"ד בשאלוני ההצהרה אלא הצהרה עצמית של החותם בלבד (המטופל בן/בת הזוג ובנים/בנות של המטופל, אפוטרופוס או אחר). השאלונים מצ"ב בנספח א'.
- במידה ועולה קושי בהשגת מסמך מסוים לצורך חישוב הזכאות, ניתן לחשב זכאות זמנית על בסיס המסמכים הקיימים וההצהרה על ההכנסה הרלבנטית בשאלון ההצהרה. רכות האשפוז תחשב באמצעות מידע חלקי זה את גובה ההשתתפות הזמנית במערכת אג"מ.

ד. רכזת האשפוז **תתעד כל זכאות זמנית במערכת אג"ם בשדה ייעודי שפותח לכך**. בנוסף, רכזת האשפוז תפתח **הודעת שירות** ותפרט את המסמכים נדרשים להשלמת הזכאות המלאה. כלל המשלמים שנעשתה להם זכאות זמנית יהיו ניתנים **לשליפה בדו"ח ממערכת אג"ם**.

3.2. כתב ההתחייבות:

א. **באופן זמני, בכתב ההתחייבות כמו בשאלונים לא תידרש חתימה בפני עו"ד/רכזת אשפוז, אלא הצהרה עצמית של החותם.**

כתב ההתחייבות לזכאות מלאה מצ"ב בנספח ב'1'.

ב. במקרה בו חושבה זכאות זמנית, יידרש המשלם לחתום על **כתב ההתחייבות ייעודי לזכאות זמנית**. בכתב ההתחייבות זה הוא יתחייב להמציא את כלל המסמכים הרלוונטיים בהתאם לנוהל **בתוך חודשיים** ממועד קבלת הקוד. תאריך היעד להשלמת הזכאות יצוין בטופס ההתחייבות. **במידה ולא עשה כן, יחויב המתחייב בהפרש למלוא עלות האשפוז החל מיום האשפוז (רטרו). מצ"ב בנספח ב'2'.**

ג. המסמכים יתייחסו לתקופה שקדמה למועד קבלת הקוד בפועל (לתקופה הרלבנטית אילולא ניתנה האורכה). במידה שמצבו השתנה, יוכל להביא בנוסף גם מסמכים המתייחסים לתקופת האורכה שניתנה (כלומר, אם קבל קוד ב- 1/5/2020 יביא אישורים על הכנסה שוטפת בפברואר, מרץ ואפריל – ובנוסף יוכל לצרף גם הכנסה במאי).

ד. במצב בו נעשתה זכאות מלאה והקוד עבר בדיקת בודק/רו"ח אולם אחד (או יותר) מבני המשפחה טרם חתם על כתבי ההתחייבות ומצבו הורע בעקבות המצב, עליו לחתום על כתב ההתחייבות **רגיל**. ניתן להפנותו מיידית למסלול של משלם קיים בסעיף 4.3.

ה. למען הסר ספק, ניתן לחתום על כתב ההתחייבות לזכאות זמנית עד 30.6.2020 (כך שיידרש להשלים את הזכאות עד ליום 31.8.2020 תום תקופת ההקלות).

3.3. **שאלות והבהרות**: במקרים בהם נוצר קושי בהבנת ההנחיות הנ"ל או כאשר הן אינן מספקות מענה ראוי, יש לפנות לגבי עדינה אנגלרד, יו"ר ועדת ערר ארצית אשר תרכז את כלל הסוגיות ותעביר להחלטה משותפת של חברי ועדת ערר ארצית, תוך התייעצות עם הלשכה המשפטית.

3.4. בקרה ומעקב על זכאות זמנית:

א. **זכאות זמנית לא תועבר לאישור בודק/רו"ח.**

ב. לאחר מתן קוד, רכזת האשפוז תעביר לרכזת הגבייה/גזבר המחוז את ההתחייבות ותציין שמדובר בזכאות זמנית.

ג. **רכזת הגבייה תפעל כמו בזכאות רגילה, לרבות וידוא טפסי הרשאה לחיוב.**

ד. רכזות האשפוז ורכזות הגבייה ינהלו **מעקב על השלמת הזכאות** בתוך הזמן הקצוב.

ה. עם השלמת המסמכים, רכזת האשפוז תערוך זכאות על פי הנוהל ותעביר לבודק/רו"ח.
ו. תתנהל בקרה מרכזית על תהליכי זכאות זמנית שלא הושלמה בתוך חודשיים.

3.5. טיפול בחובות – שנוצרו בעקבות חישוב זכאות זמנית: העברה למרכז לגביית קנסות תתבצע רק כאשר הליך הזכאות הושלם במלואו בהתאם לחוזר מנכ"ל. קרי, לאחר השלמת מסמכים וביצוע זכאות מלאה.

3.6. מי שלא השלים את הזכאות יופעל נגדו ההליך הקיים לגבי סרבן, לרבות ההליכים הקיימים בנושא גביית חובות.

4. הנחיות לביצוע – קודים קיימים:

4.1. ההקלות שכבר בוצעו

א. לציין כי כלל חיובי ההשתתפות לחודש אפריל 2020 (עבור אשפוז חודש מרץ) נדחו, לבנים/בנות של המטופל. החיוב נדחה באופן אוטומטי, למשך חודשיים, כך שבחודש יוני יופקו ממערכת מרכב"ה מעטפיות עם סכום חיוב כפול, עבור האשפוז בחודש מרץ ובחודש מאי.

ב. רכזת הגבייה/גזבר המחוז יודאו בעת הפעלת ממשק הו"ק בחודשים אפריל ומאי, כי תאריכי הפירעון אינם כוללים את החיובים שנדחו ליוני כאמור לעיל.

4.2. הגשת בקשות לדחיית תשלום ו/או הקלה בגובה התשלום (קודים קיימים)

א. פניות האזרחים יוגשו על גבי טופס בקשה להקלות בתשלום עבור אשפוז סיעודי – "הקלות בתקופת הקורונה: דחיית תשלום ו/או הפחתה בגובה תשלום ההשתתפות" (נספח ג' וגם בגרסה אינטרנטית <https://govforms.gov.il/mw/forms/DeferralOrReliefCodePayment@Health.gov.il>). בטופס הפונה יוכל לבחור דחיה של מועד התשלום ו/או הקלה בגובה התשלום.

- טופס שבו נכללת בקשה להקלה בגובה התשלום - יש לצרף מסמכים (כמפורט להלן).
- טופס שבו יש בקשת דחית תשלום בלבד – לא נדרש צירוף מסמכים.

ב. הגורמים בלשכה האחראים לטיפול בפניות:

- הבקשות יטופלו ברמת המחוז כמפורט להלן.
- בקשת דחיית מועד התשלום - תטופל ע"י רכזת הגבייה/גזבר הלשכה.
- בקשת הקלה/הפחתה בגובה התשלום החודשי – תרוכז ע"י עו"ס מחוזית שתעביר לדיון והחלטה בוועדת ערר מחוזית ייעודית לנושא הקורונה.

- צפוי שמרבית הבקשות יכילו גם בקשה לדחיית תשלומים וגם בקשה להקלה בגובה התשלום החודשי – כך שיידרשו לטפל ע"י שני הגורמים תוך תיאום ביניהם.

ג. ניתוב הפניה בלשכה לגורמים המתאימים:

- הפניות יגיעו ללשכת הבריאות באמצעות מייל, פקס, דואר, מסירה ישירה, או דרך "קול הבריאות" שגם יוכל לסייע במילוי הטופס. בהתאם חלקן יגיעו סרוקות וחלקן – לא.
- הפניות אמורות להגיע ישירות לרכזות הגביה/גזברים ולעו"ס המחוזית. במידה שרכזת האשפוז קבלה את הפניה עליה לסרוק את הבקשות ולהעביר אותן לשני הגורמים האחראים במחוז, כאמור.
- צפוי שמרבית הפניות יהיו הן לגבי דחיה והן לגבי הפחתה, כך שיהיה צורך לנתב לשני הגורמים האחראים - רכזת גביה/גזבר ועו"ס מחוזית. הפניות (הסרוקות) יועברו אליהם **במייל כדלהלן:**

- **רכזת הגביה/גזבר הלשכה – טופס בלבד.**
- **לעו"ס המחוזית – טופס + מסמכים מצורפים.** (אין צורך בדו"ח סוציאלי במקרים אלה).
- **רכזת הגביה/גזברי הלשכה ועו"ס המחוזית יודאו שפניות יועברו ביניהם, לפי הצורך כדי שפניות יטופלו באופן מלא.**
- **חשוב מאד לשמור על תיאום בין רכזות האשפוז, רכזות הגביה/גזברי הלשכה ועו"ס המחוז.**

- יש להדגיש את החשיבות העברת הפניות **ללא דיחוי** לאור הל"ז לטיפול.

4.3. הטיפול בבקשות לדחיית תשלומים - ע"י רכזות הגביה/גזברי הלשכה:

- א. הגדרה:** דחיית תשלום משמעותה תשלום ההשתתפות במועד מאוחר יותר ללא שינוי בגובה התשלום.
- ב. מתווה הדחיה:** ניתן יהיה לאשר בקשות דחייה לחודשיים של תשלומים החלים בחדשים מאי ויוני – לחדשים יולי ואוגוסט בהתאמה. להלן פירוט:
 - תשלום שחל בחודש מאי (חיוב עבור אשפוז בחודש אפריל) ניתן יהיה לדחות לתשלום עד ה- 24.7.20.
 - תשלום שחל בחודש יוני (חיוב עבור אשפוז בחודש מאי) ניתן יהיה לדחות לתשלום עד ה- 24.8.20.

- ג. רכזת הגביה/גזבר הלשכה יוודאו שטופס בקשה להקלות בתשלום עבור אשפוז סיעודי - "הקלות בתקופת הקורונה: דחיית תשלום ו/או הפחתה בגובה תשלום ההשתתפות" (נספח ג') מולא כיאות לנושא הדחיה, וחתום.
- ד. במקרים חריגים, בבקשות לדחיית תשלום **בלבד**, **ללא** בקשת הפחתה תישקל האפשרות להיענות לפניית בטלפון.
- ה. לצורך ביצוע הדחיה, רכזת הגביה/גזבר הלשכה - ישנו את תאריך החיוב בהתאם במערכת מרכב"ה (פירוט למטה ¹).
- ו. רכזת הגביה/גזבר הלשכה יבצעו את בקשת דחיית התשלום **בתוך 2 ימי עבודה**.

4.4. הטיפול בבקשות להפחתת תשלומים ע"י עו"ס מחוזית כיו"ר ועדת ערר ייעודית:

א. הכנת החומר לוועדה:

- טופס הבקשה להקלות בתשלום עבור אשפוז סיעודי - "הקלות בתקופת הקורונה: דחיית תשלום ו/או הפחתה בגובה תשלום ההשתתפות" (נספח ג'), יחד עם המסמכים הנדרשים, יגיע לעו"ס המחוזית.
- העו"ס המחוזית תוודא שהטופס מולא כיאות לנושא ההקלה, שהוא חתום ושצורפו המסמכים הרלבנטיים, אשר מאמתים את **הסטטוס התעסוקתי** של הפונה (כבלתי מועסק וכדומה) ואשר מעידים על **ירידה בהכנסות שוטפות** עקב משבר הקורונה (בתקופה שהוגדרה במתווה): לגבי שכירים - אישור יציאה לחל"ת מהמעביד או אישור זכאות לדמי אבטלה מביטוח לאומי וכדומה; לגבי עצמאים - אישור בקשה למענק שהוגשה לרשות המסים, דו"ח למע"מ או כל מסמך אחר שמעיד על ירידה בהכנסות. לצורך בדיקה זו היא יכולה להסתייע ברכזת האשפוז הרלבנטית בנפה/במחוז.
- אין צורך לצרף לבקשה דו"ח סוציאלי.

- ב. העו"ס המחוזית תעביר את החומר לדיון והחלטה במסגרת **ועדת ערר מחוזית במסלול ייחודי לנושא הקורונה**, שהיא עומדת בראשה.
- ג. **ועדת ערר המחוזית לנושא הקורונה תדון בבקשה ותקבל החלטה בתוך תקופה של עד 14 ימי עבודה מיום קבלת החומר בלשכה.**

¹ ביצוע שינוי תאריך החיוב במערכת מרכב"ה: להיכנס לטרנזקציה fb15n. לאתר מספר לקוח ולסמן פריטים פתוחים. לאחר ששורות הלקוח מופיעות, יש לסמן את השורה של החיוב הרלוונטי מצד ימין. מסמנים עיפרון בסרגל כלים (מסמך שינוי) ובחלונית שנפתחת מופיע תאריך שורת בסיס, בו יש לרשום את תאריך החיוב הרצוי: למשל חיוב שנדחה במאי (היה צריך להישלח ב 3.5) יש לרשום בחלונית את התאריך 3.7. בדרך זו תאריך הפירעון יעמוד על ה- 24.7 במקום ה- 24.5.

- ד. על וועדת הערר המחוזית לנושא הקורונה לקבוע: אם יש לבצע הפחתה, ואם כן, את גובה ההפחתה שתינתן (לרבות פטור זמני).
- ה. ההפחתה תינתן לתקופה זמנית - מה- 1/4/2020 לכל המוקדם עד ל- 31/8/2020 לכל המאוחר. עם תום התקופה גובה ההשתתפות יחזור לקדמותו טרם הקורונה.
- ו. שיקולי הוועדה: בבקשות ההפחתה יילקחו בחשבון עיסוק הפונה (כגון בעל עסק שנסגר, עובד קבוע שיצא לחל"ת, עבודה חלקית וכו'), גובה הכנסות השוטפות, שינויים אחרים (כגון השכרת דירה) ונסיבות משפחתיות מיוחדות.
- ז. על הוועדה לתעד את החלטותיה בפרוטוקול, כמקובל, ולדווח באג"ם.
- ח. על העו"ס המחוזי, כמרכז הוועדה, להפיץ את ההחלטה לרכזות האשפוז.
- ט. רכזת האשפוז תעדכן במערכת אג"ם את ההקלות בהשתתפות בהתאם להחלטת הוועדה (בשים לב שמתווה מתן ההקלות הוא זמני) ותעביר את הפרוטוקול לרכזת הגבייה.
- י. רכזת הגבייה תעדכן במרכז"ה את החלטות הוועדה (הפחתת תשלום, דחייה נוספת של חיובים או פטור) וכן תעדכן את רכזת האשפוז במייל לגבי פעולותיה.
- יא. יש לעשות את מירב המאמצים כדי להטמיע שינויים טרם מועדים קריטיים: יום הנפקת החיוב - ה-3 לכל תחילת חודש ותאריך הפירעון - ה-24 לאותו חודש (בו מחויב חשבון הבנק של המשלם). לצורך זה, יש לדאוג שרכזת הגבייה תקבל את פרוטוקול ההחלטה טרם התאריכים הנ"ל כדי שתספיק לשנות את מועדי החיוב טרם תאריכים אלו.²

5. הטיפול במקרים חריגים – שיופנו מוועדת ערר מחוזית לוועדות ערר ארצית

במקרים חריגים יש לפנות לגבי עדינה אנגלרד, יו"ר ועדת ערר ארצית, אשר תרכז את כלל הסוגיות ותעביר לקבלת החלטה עקרונית בוועדת ערר ארצית תוך התייעצות עם הלשכה המשפטית.

6. הליכי גביית חובות בתקופת החירום

- 6.1. בהתאם להנחיות החשב הכללי באוצר (מצ"ב לנוהל זה בנספח ד') יש להמשיך ולשלוח מכתבי תזכורות התראה כבשגרה.
- 6.2. המרכז לגביית קנסות אינו מפעיל הליכי גבייה אקטיביים נגד חייבים בתקופה זו עד להנחיה אחרת. יחד עם זאת הם ממשיכים לקלוט תיקים של משרדי ממשלה בכדי למנוע שיהוי.
- 6.3. מקרים חריגים בתחום תזכורות התראה או העברה למרכז לגביית קנסות - יש להפנות לחשבונת המשרד.

² זאת כדי שלא לפגוע באזרחים וכדי שרכזות הגבייה לא יצטרכו לבצע החזרים

7. מעקב, בקרה ודיווח ברמת המחוז :

- 7.1 לגבי זכאות זמנית – מפורט בסעיף 3.4 לעיל.
- 7.2 לגבי ועדות ערר – כמקובל.

8. פרסום והנגשת המידע לאזרחים

- 8.1 המידע על האפשרות לדחיית התשלומים ובקשת הקלות יוגש לאזרחים באמצעות שליחת מכתבי הסבר, בדואר ובמייל, שליחת הודעות sms וכן יפורסם באתר משרד הבריאות ובאמצעי המדיה של המשרד הראשי.
- 8.2 ניתן לשקול גם הסתייעות במוקד המשרד, לרבות התקשרות יזומה כדי להודיע לאנשים, בפרט אם יש אזורי מגורים של סגר דיפרנציאלי וכדומה.

נספחים:

נספח א' : שאלוני הצהרה בהתאם לנוהל שעה :

- נספח א'1: הצהרת המטופל וכן / בת הזוג *זמני בהתאם לנוהל שעה : לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי
- נספח א'2: הצהרת ילדי המטופל *זמני בהתאם לנוהל שעה : לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי

נספח ב' : כתבי התחייבות בהתאם לנוהל שעה :

- נספח ב'1: כתב התחייבות עצמית רגיל ללא תצהיר- נוהל שעה
- נספח ב'2: כתב התחייבות עצמית- זכאות זמנית בהתאם ל"נוהל שעה"

נספח ג' : מכתב לאזרחים המשלמים וטופס בקשה להקלות בתשלום עבור אשפוז סיעודי:

- הקלות בתקופת הקורונה: דחיית תשלום ו/או הפחתה בגובה התשלום (גם בגרסה אינטרנטית (<https://govforms.gov.il/mw/forms/DeferralOrReliefCodePayment@Health.gov.il>)

נספח ד' : הנחיית החשב הכללי, משרד האוצר (מיום 30/3/2020): **השהיית הפעלת אמצעי גביה לאור התפרצות הגיף ה"קורונה"**

נספח א' 1

הצהרת המטופל ובן / בת הזוג *זמני בהתאם לנוהל שעה

לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסייעודי

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

הנחיות

1. יש להקפיד למלא את כל הפרטים הנדרשים בטופס ההצהרה, כאשר השדות המסומנים בכוכבית (*) הינם חובה למילוי
2. יש להקפיד לצרף לטופס את כל המסמכים והאישורים הנדרשים כפי שמצוין בעמודים 2, 4 – 5.
3. יש לצרף צילום תעודת הזהות של המטופל ובן / בת הזוג, כולל הספח בו מופיעים גם הכתובת וגם פרטי הילדים
4. לשאלות ובירור מצב הבקשה ניתן לפנות למוקד קול הבריאות בטלפון *5400. בטופס זה גם ניתן לאשר קבלת מידע בדוא"ל או ב-SMS.

טופס זה נכתב בלשון זכר, אך מתייחס לשני המינים כאחד

Ministry of Health

P.O.B 1176, Jerusalem 91010

call.habriut@moh.health.gov.il

Tel: *5400, Fax: 02-5655969

קול הבריאות



משרד הבריאות

ת.ד 1176, ירושלים 91010

call.habriut@moh.health.gov.il

טלפון: *5400 פקס: 02-5655969

נספח א' 1

הצהרת המטופל ובן / בת הזוג *זמני בהתאם לנוהל שעה

לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

פרטי המטופל – ומקום מגוריו עד לאחרונה

*שם פרטי:	*שם משפחה:
*תעודת זהות:	*תאריך לידה (שנה, חודש, יום):
*ישוב:	*רחוב:
*מספר בית:	*מספר דירה:
*מיקוד:	הערות לכתובת:

מצב משפחתי (יש לסמן ב- V את האפשרות הרלוונטית):

נשוי אלמן גרוש רווק פרוד ידוע בציבור

מספר ילדים של המטופל עד גיל 21: _____

המטופל שוהה עתה (יש לסמן ב- V את האפשרות הרלוונטית):

בבית בבית חולים בבית אבות אחר, פרט: _____

פרטי הדירה בה מתגורר או התגורר המטופל (יש לסמן ב- V את האפשרות הרלוונטית):

דירה בבעלות (לצרף נסח טאבו עדכני)

דירה בשכירות (לצרף העתק חוזה שכירות, עדכני)

דירת קרובים (לצרף נסח טאבו עדכני / שכירות, עדכני)

קיבוץ / מושב שיתופי (לצרף הצהרת הנהלת הקיבוץ / מושב שיתופי)

דירה בשכירות מוגנת "דמי מפתח" (לצרף חוזה שכירות מוגנת)

אחר, נא לפרט: _____

נספח א' 1

הצהרת המטופל ובן / בת הזוג *זמני בהתאם לנוהל שעה

לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

פרטי בן / בת זוג

* שם פרטי:	* שם משפחה:
* תעודת זהות:	* תאריך לידה (שנה, חודש, יום):
* טלפון נייד:	טלפון נוסף:
דוא"ל:	
מקום מגורי בן / בת הזוג: <input type="checkbox"/> בבית (בכתובת לעיל) <input type="checkbox"/> בדירה אחרת (לפרט למטה) <input type="checkbox"/> במוסד	
* ישוב:	* רחוב:
* מספר בית:	* מספר דירה:
* מיקוד:	הערות לכתובת:
* פרטי ממלא הטופס	<input type="checkbox"/> בן / בת זוג <input type="checkbox"/> אפוטרופוס: פרטי / ציבורי
<input type="checkbox"/> המטופל	<input type="checkbox"/> בן / בת המטופל <input type="checkbox"/> אחר: _____

פרטי התקשרות של ממלא הטופס, אם שונה מהמטופל או בן / בת הזוג

* טלפון נייד:	* טלפון נוסף:
* ישוב:	* רחוב:
* מספר בית:	* מספר דירה:
* מיקוד:	ת.ד.:
דוא"ל:	

האם מאשר קבלת מידע בדוא"ל? כן לא

האם מאשר קבלת מידע ב-SMS? כן לא

נספח א' 1

הצהרת המטופל ובן / בת הזוג *זמני בהתאם לנוהל שעה

לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

מקורות הכנסה של המטופל ובן / בת הזוג

*חובה למלא את כל הסעיפים ולסמן כן / לא עבור כל סעיף

מקור הכנסה	המטופל	הכנסה נטו לחודש מטופל	בן / בת זוג	הכנסה נטו לחודש בן / בת זוג	הערות
עבודה כשכיר יש לצרף 3 תלושי שכר אחרונים. אם בעל שליטה בחברה – יש לצרף גם שומת מס עדכנית ממס הכנסה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		
עצמאי יש לצרף שומת מס סופית ואחרונה ממס הכנסה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		
פנסיה מכל מקור בארץ ובחו"ל יש לצרף אישורי הכנסה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		
קצבת ביטוח לאומי קצבת אזרח ותיק (זקנה), קצבת השלמת הכנסה וקצבת שארים: יש לצרף אישור גובה הקצבה מביטוח לאומי	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		
קצבאות נוספות של המטופל בלבד קצבת נכות, קצבת נכות מעבודה, קצבה לנפגעי תאונות שהוכרו על ידי הביטוח הלאומי, תגמולי נכות לנפגעי פעולות איבה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		לא רלוונטי		
תגמולים ממשרד הביטחון יש לצרף אישורי הכנסה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		
תגמולים וקצבאות לניצולי שואה יש לצרף אישורי הכנסה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		
הכנסה ממוזנות יש לצרף אישורים רלוונטיים	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		
הכנסות חודשיות מהשכרת דירה, נכס, עסק וכדומה יש לצרף חוזה שכירות	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		
ריבית מכל מקור שהוא	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		

נספח א' 1

הצהרת המטופל ובן / בת הזוג *זמני בהתאם לנוהל שעה

לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסייעודי

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

מקור הכנסה	המטופל	הכנסה נטו לחודש מטופל	בן / בת זוג	הכנסה נטו לחודש בן / בת זוג	הערות
יש לצרף אישורים רלוונטיים					
הכנסה נוספת מכל מקור שהוא יש לצרף אישורים רלוונטיים	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		

פרטים על רכוש והון המטופל ו/או בן / בת הזוג (יש לסמן ב-X את האפשרות הרלוונטית):

כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	<p>פרטי הון</p> <p>ניירות ערך, אגרות חוב, תכניות חסכון, קופות גמל, פיקדונות שקליים, מט"ח וכיו"ב יש לצרף:</p> <ul style="list-style-type: none"> • תדפיס חשבונות עובר ושב של שלושת החודשים האחרונים מכל חשבונות הבנק של המטופל ובן / בת הזוג, כולל חשבונות מט"ח • תדפיס ריכוז חסכונות מעודכן מסניפי הבנקים בהם מתנהלים החשבונות <p>שימו לב: אם סומן "לא", יש להמציא אישור מהבנקים על כך שלא קיימים חסכונות ופיקדונות</p>
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	<p>פרטי רכוש</p> <p>נכסי מקרקעין או רכוש אחר מעבר לדירת מגורים יש לצרף:</p> <ul style="list-style-type: none"> • אישור זכויות (נסח טאבו, אישור רשות המקרקעין וכיו"ב) • דירה בבעלות, שלא מתגוררים בה בן/בת זוג או תלויים- יש לצרף שתי הערכות שווי שכר הדירה של מתווך או שמאי מקרקעין מורשה

נספח א' 1

הצהרת המטופל ובן / בת הזוג *זמני בהתאם לנוהל שעה

לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

יש לצרף מסמכים על הוצאות – כולל של בן / בת הזוג של המטופל שנשאר בבית:

1. ארנונה שנתית
2. תשלומי משכנתא אישור מבנק למשכנתאות
3. תשלומי שכר דירה
4. דמי חכירה
5. תשלום עבור ביטוח רפואי משלים
6. תשלום מזונות
7. שכר טרחה של אפוטרופוס

הצהרת מטופל

אני החתום מטה, _____ נושא/ת תעודת זהות _____

מצהיר/ה בזאת, כי כל הפרטים שמסרתי בשאלון ובנספחיו הם נכונים ומלאים וכן מתחייב/ת לעדכן את לשכת הבריאות על כל שינוי בפרטים שיחול ועשוי להשפיע על גובה ההשתתפות לרבות שינוי במצב הכלכלי או המשפחתי ועדכון ערך נקודת זיכוי שתתעדכן לפי מס הכנסה, וזאת בתוך שבועיים מהרגע בו נודע לי על השינוי.

ידוע לי כי שינויים אלה עשויים להשפיע על גובה השתתפותי, לרבות קביעת השתתפות לאחר תקופה בה נמצאתי פטור, וידוע לי כי משרד הבריאות יהיה רשאי לחייב אותי בהשתתפות בהתאם.

ידוע לי כי מסירת פרטים כוזבים או העלמת נתונים מהווה עבירה פלילית לפי חוק העונשין, התשל"ז-1977, וכי אם לא אמסור פרטים נכונים, אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק.

כמו כן, חתימתי על שאלון זה מהווה הסכמה לכך שהשתתפות בעלות האשפוז תיקבע על פי שאלון זה.

_____ חתימה*

_____ תאריך*

Ministry of Health

P.O.B 1176, Jerusalem 91010

call.habriut@moh.health.gov.il

Tel: *5400, Fax: 02-5655969

קול הבריאות



משרד הבריאות

ת.ד. 1176, ירושלים 91010

call.habriut@moh.health.gov.il

טלפון: *5400 פקס: 02-5655969

נספח א' 2

הצהרת ילדי המטופל *זמני בהתאם לנוהל שעה לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

ימולא ויוגש בנפרד עבור כל בן / בת המטופל שהם בני 21 ומעלה

הנחיות

1. יש להקפיד למלא את כל הפרטים הנדרשים בטופס ההצהרה, כאשר השדות המסומנים בכוכבית (*) הינם חובה למילוי
2. יש להקפיד לצרף לטופס את כל המסמכים והאישורים הנדרשים כפי שמצוין בטבלאות בעמוד 4-5.
3. יש לצרף צילום תעודת הזהות של ממלא הטופס, כולל הספח בו מופיעים גם הכתובת וגם פרטי הילדים
4. את הטופס המלא והחתום עם המצורפים יש לשלוח אל המחלקה למחלות ממושכות בלשכת הבריאות בה מטופלת הפנייה - בדואר, פקס, דוא"ל או להגיש ידנית בימי קבלת קהל - לפי פרטי ההתקשרות באתר.
5. לשאלות ובירור מצב הבקשה ניתן לפנות למוקד קול הבריאות בטלפון *5400. בטופס זה גם ניתן לאשר קבלת מידע בדוא"ל או ב-SMS.

טופס זה נכתב בלשון זכר, אך מתייחס לשני המינים כאחד

עמוד - 1 - מתוך 6

נספח א' 2

הצהרת ילדי המטופל *זמני בהתאם לנוהל שעה לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

פרטי המטופל

*שם פרטי:	*שם משפחה:	*תעודת זהות:
-----------	------------	--------------

פרטי בן / בת המטופל

*שם פרטי:	*שם משפחה:
*תעודת זהות:	*תאריך לידה (שנה, חודש, יום):
*מצב משפחתי:	<input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> ידוע בציבור <input type="checkbox"/> פרוד
מקום העבודה:	תפקיד:
כתובת העבודה:	טלפון בעבודה:

פרטי התקשרות:

*טלפון נייד:	*טלפון נוסף:
*דוא"ל:	

כתובת למשלוח דואר:

*ישוב:	*רחוב:
*מספר בית:	*מספר דירה:
*מיקוד:	ת.ד.:

האם מאשר קבלת מידע בדואר האלקטרוני כן לא

האם מאשר קבלת מידע ב-SMS כן לא

עמוד - 2 - מתוך 6

נספח א' 2

הצהרת ילדי המטופל * זמני בהתאם לנוהל שעה לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

פרטי בן / בת הזוג

* שם פרטי:	* שם משפחה:
* תעודת זהות:	* תאריך לידה (שנה, חודש, ויום):

האם קיימת לבן / בת הזוג הכנסה מכל מקור שהוא כולל קצבאות ביטוח לאומי כן לא
(למעט קצבת ילדים)

פרטי ילדי המצהיר שגילם עד 21 שנים:

#	שם הילד	תאריך לידה	מס' תעודת זהות
.1			
.2			
.3			
.4			
.5			
.6			
.7			
.8			
.9			
.10			

עמוד - 3 - מתוך 6

נספח א' 2

הצהרת ילדי המטופל *זמני בהתאם לנוהל שעה לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

פרטי ילדי המצהיר שגילם מ-21 עד 26 שנים:

#	שם הילד	תאריך לידה	מס' תעודת זהות
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

מקורות הכנסה של בן / בת המטופל

*חובה למלא את כל הסעיפים ולסמן כן / לא עבור כל סעיף

מקור הכנסה	הכנסות בן / בת המטופל	הכנסה ברוטו לחודש	הערות
עבודה כשכיר יש לצרף 3 תלושי שכר אחרונים *אם בעל שליטה בחברה – יש להביא בנוסף לתלושים גם שומת מס עדכנית ממס הכנסה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		
עצמאי יש לצרף שומת מס סופית ואחרונה ממס הכנסה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		
קצבאות ביטוח לאומי: קצבת אזרח ותיק (זקנה), קצבת השלמת הכנסה, קצבת שארים: יש לצרף אישור גובה הקצבה מביטוח לאומי	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		
פנסיה מכל מקור שהוא בארץ ובחו"ל יש לצרף אישורי הכנסה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		
הכנסה ממוזנות יש לצרף אישורים רלוונטיים	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		

עמוד - 4 - מתוך 6

נספח א' 2

הצהרת ילדי המטופל *זמני בהתאם לנוהל שעה לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

מקור הכנסה	הכנסות בן / בת המטופל	הכנסה ברוטו לחודש	הערות
תגמולים וקצבאות לניצולי שואה יש לצרף אישורי הכנסה	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		
הכנסות חודשיות מהשכרת דירה, נכס, עסק וכדומה יש לצרף חוזה שכירות	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		
ריבית מכל מקור שהוא יש לצרף אישורים רלוונטיים	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		
הכנסה נוספת מכל מקור שהוא יש לצרף אישורים רלוונטיים	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		

הוצאות שעשויות להיות מופחתות מההכנסות השוטפות של ילדי המטופל:

- תשלומי משכנתא: יש לצרף אישור מבנק למשכנתאות על גובה ההלוואה, גובה החזר החודשי ומועד גמר המשכנתא
- תשלום שכר דירה: יש לצרף חוזה שכירות עדכני
- תשלום מזונות: יש לצרף אישור על גובה תשלום המזונות

עמוד - 5 - מתוך 6

נספח א' 2

הצהרת ילדי המטופל *זמני בהתאם לנוהל שעה לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

תצהיר בן/ בת מטופל

אני החתום מטה, נושא/ת תעודת זהות _____,

מצהיר/ה בזאת, כי כל הפרטים שמסרתי בשאלון ובנספחיו הם נכונים ומלאים וכן מתחייב/ת לעדכן את לשכת הבריאות על כל שינוי בפרטים שיחול ועשוי להשפיע על גובה ההשתתפות לרבות שינוי במצב הכלכלי או המשפחתי ועדכון ערך נקודת זיכוי שתתעדכן לפי מס הכנסה, וזאת בתוך שבועיים מהרגע בו נודע לי על השינוי.

ידוע לי כי שינויים אלה עשויים להשפיע על גובה השתתפותי, לרבות קביעת השתתפות לאחר תקופה בה נמצאתי פטור, וידוע לי כי משרד הבריאות יהיה רשאי לחייב אותי בהשתתפות בהתאם.

ידוע לי כי מסירת פרטים כוזבים או העלמת נתונים מהווה עבירה פלילית לפי חוק העונשין, התשל"ז-1977, וכי אם לא אמסור פרטים נכונים, אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק.

כמו כן, חתימתי על שאלון זה מהווה הסכמה לכך שהשתתפות בעלות האשפוז תיקבע על פי שאלון זה.

*חתימה

*תאריך

עמוד - 6 - מתוך 6



נספח ב' 1

כתב התחייבות עצמית רגיל ללא תצהיר - נוהל שעה

הואיל ומשרד הבריאות קבע כי לפי נהלי משרד הבריאות ניתן לאשפז את מר/גב' _____ נושא/ת תעודת זהות מספר: _____ (להלן: "המטופל/ת") במוסד סיעודי.

והואיל ואשפוז במוסד סיעודי, באמצעות משרד הבריאות, מותנה בתשלום השתתפות של המטופל/ת ובני משפחתו, והכל בהתאם להוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי וחוזר מנכ"ל משרד הבריאות מספר 8/2018 בעניין "סיוע במימון האשפוז הסיעודי" (להלן: "הנוהל").

לפיכך, אני הח"מ, מר/גב' _____, נושא/ת תעודת זהות מספר _____, להבטחת תשלום השתתפותי בגין אשפוז המטופל/ת מתחייבת/ת כדלהלן:

1. לשלם למשרד הבריאות, החל מהיום בו ישא משרד הבריאות בעלות האשפוז הסיעודי, סך _____ ₪ לחודש (להלן "החייב החודשי"), כהשתתפות בעלות האשפוז. התשלום יועבר עד ה-24 לכל חודש בעבור החודש הקודם.
2. ידוע לי כי החייב החודשי, הנקוב בסעיף 1 לעיל, עשוי להשתנות מעת לעת בשל שינוי בגובה ההשתתפות לרבות:
 - א. שינוי במצבי הכלכלי או המשפחתי, לרבות עדכון סכום או סוג קצבת ביטוח לאומי או ביצוע חלוקת קצבה על ידי המוסד לביטוח לאומי.
 - ב. עדכון ערך נקודת זיכוי.
 - ג. שינוי התעריף במוסד הסיעודי בו מאושפז המטופל/ת (למשפחות שמשלמות את מלוא עלות האשפוז).
3. בכל מקרה כאמור בסעיף 2 לעיל, לא תהא לי כל טענה/דרישה/תביעה נגד משרד הבריאות הנוגעת לשינויים בגובה השתתפותי והתחייבותי זו מהווה אישור לגביית סכום ההשתתפות העדכני.
4. ידוע לי, כי בתקופה שהמטופל יצא לאשפוז זמני בבית חולים כללי, או נמצא בחופשה, אהיה חייב להמשיך לשלם את החייב החודשי כרגיל ואם אהיה זכאי להחזרים כספיים אקבלם בהתאם להוראות הקבועות בנוהל. ידוע לי כי במקרה שיחול שינוי בפרט מהפרטים שמסרתי לצורך קביעת השתתפותי במימון האשפוז, עלי להודיע על כך מיד למשרד הבריאות, ומשרד הבריאות יהיה רשאי לחייבני בהשתתפות עדכנית, על פי הנוהל, לרבות הפרשי ריבית והצמדה¹ ככל שיחולו.

¹ כמשמעם בחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א 1961



נספח ב' 1

5. ידוע לי כי גובה השתתפותי נקבע על סמך הצהרתי. אם יתברר כי פרט מהפרטים שמסרתי אינו נכון והיה בכך להשפיע על גובה החיוב, יהיה משרד הבריאות רשאי לחייבני בתשלום ההפרש עד עלות אשפוז מלאה, מהיום בו נשא משרד הבריאות בעלות האשפוז הסייעודי, בצירוף הפרשי ריבית והצמדה.
6. משרד הבריאות יהיה רשאי לערוך, לפי שיקול דעתו, בדיקה מקיפה של הכנסותיי ונכסי, ופרטים אודות חשבונות בנק המתנהלים על שמי, לבדוק ולאמת כל מידע עליו הצהרתי במסגרת הבקשה לסיוע במימון האשפוז הסייעודי.
7. ידוע לי כי אם לא אשלם את החיוב החודשי במועד, משרד הבריאות יהא זכאי לגבות את החוב בתוספת הפרשי הצמדה וריבית, בשיעור החל מעת לעת לפי תקנות פסיקת ריבית והצמדה (קביעת שיעור הריבית ודרך חישובה, התשס"ג-2003).
8. אני מתחייב/ת להודיע למשרד הבריאות על כל שינוי בכתובתי ובפרטי ההתקשרות אתי, וידוע לי שאם לא אעשה כן כתובתי במרשם האוכלוסין תהיה הכתובת למשלוח הודעות לעניין התחייבותי זו.
9. התחייבות זו תחל מהיום בו יישא משרד הבריאות בעלות האשפוז הסייעודי, ותעמוד בתוקפה כל עוד משרד הבריאות מממן את אשפוזו של המטופל וכל עוד לא שולמו כל הכספים המגיעים למשרד הבריאות מכוח התחייבותי זו.

קראתי והבנתי את כתב ההתחייבות ואני מקבל עלי את כל האמור בו וכן ידוע לי כי מסירת פרטים כוזבים או העלמת נתונים מהווה עבירה פלילית לפי חוק העונשין, התשל"ז-1977, וכי אם לא אמסור פרטים נכונים, אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק. ולראיה באתי על החתום:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תעודת זהות _____

כתובת למשלוח דואר: _____ טלפון נייד _____

מקום העבודה _____ כתובת מקום העבודה _____

טלפון בעבודה _____

שם הבנק _____ מספר/שם הסניף _____ מס יחשבון הבנק _____

חתימה

היום (תאריך)



נספח ב' 1

כתב התחייבות עבור צד שלישי - נוהל שעה

הואיל ומשרד הבריאות קבע כי לפי נהלי משרד הבריאות ניתן לאשפז את מר/גב' _____ נושא/ת תעודת זהות מספר: _____ (להלן: "המטופל/ת") במוסד סיעודי.

והואיל ואשפוז במוסד סיעודי, באמצעות משרד הבריאות, מותנה בתשלום השתתפות של המטופל/ת ובני משפחתו, והכל בהתאם להוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי וחוזר מנכ"ל משרד הבריאות מספר 8/2018 בעניין "סיוע במימון האשפוז הסיעודי" (להלן: "הנהלים").

להבטחת תשלום ההשתתפות בגין אשפוז המטופל/ת, אני הח"מ, מר/גב' _____ נושא/ת תעודת זהות מספר _____, מתחייב/ת לשלם את ההשתתפות העצמית במימון האשפוז הסיעודי שנקבעה למטופל/ לבן/ לבת מר/גב' _____ נושא/ת תעודת זהות מספר _____ (להלן "המשתתף") כדלהלן:

1. לשלם למשרד הבריאות, החל מהיום בו ישא משרד הבריאות בעלות האשפוז הסיעודי, סך _____ ₪ לחודש (להלן "החויב החודשי"), כהשתתפות בעלות האשפוז. התשלום יועבר עד ה-24 לכל חודש בעבור החודש הקודם.
2. ידוע לי כי החיוב החודשי, הנקוב בסעיף 1 לעיל, עשוי להשתנות מעת לעת בשל שינוי בגובה השתתפות המשתתף לרבות:
 - א. שינוי במצבי הכלכלי או המשפחתי, לרבות עדכון סכום או סוג קצבת ביטוח לאומי או ביצוע בפועל של חלוקת קצבה על ידי המוסד לביטוח לאומי.
 - ב. עדכון ערך נקודת זיכוי.
 - ג. שינוי התעריף במוסד הסיעודי בו מאושפז/ת המטופל/ת (למשפחות שמשלמות מלוא עלות אשפוז).
3. בכל מקרה כאמור בסעיף 2 לעיל, לא תהא לי כל טענה / דרישה / תביעה נגד משרד הבריאות הנוגעת לשינויים בגובה התשלום מכח התחייבותי זו והיא מהווה אישור לגביית סכום ההשתתפות העדכני.
4. ידוע לי, כי בתקופה שהמטופל יצא לאשפוז זמני בבית חולים כללי, או נמצא בחופשה, אהיה חייב להמשיך לשלם את החיוב החדשי כרגיל ואם אהיה זכאי להחזרים כספיים אקבלם בהתאם להוראות הקבועות בנוהל.
5. ידוע לי כי גובה ההשתתפות נקבע על סמך ההצהרה שנמסרה למשרד הבריאות. אם יתברר כי פרט מהפרטים שנמסר אינו נכון והיה בכך להשפיע על גובה החיוב, יהיה משרד הבריאות רשאי לחייבני בתשלום ההפרש עד עלות אשפוז מלאה, מהיום בו נשא משרד הבריאות בעלות האשפוז הסיעודי, בצירוף הפרשי ריבית והצמדה. אני מתחייב שאם יודע לי כי פרק מהפרטים שנמסרו לצורך קביעת ההשתתפות אינו נכון או שחל שינוי, אודיע על כך מיד למשרד הבריאות.



נספח ב' 1

6. משרד הבריאות יהיה רשאי לערוך, לפי שיקול דעתו, בדיקה מקיפה של הכנסות המשתתף ונכסיו, ופרטי חשבונות בנק המתנהלים על שמו, ולבדוק ולאמת כל מידע שנמסר במסגרת הבקשה לסיוע במימון האשפוז הסייעודי.
7. ידוע לי כי אם לא אשלם את החיוב החודשי במועד, משרד הבריאות יהא זכאי לגבות את החוב בתוספת הפרשי הצמדה וריבית, בשיעור החל מעת לעת לפי תקנות פסיקת ריבית והצמדה (קביעת שיעור הריבית ודרך חישובה), התשס"ג-2003.
8. אני מתחייב/ת להודיע למשרד הבריאות על כל שינוי בכתובתי ובפרטי ההתקשרות אתי, וידוע לי שאם לא אעשה כן כתובתי במרשם האוכלוסין² תהיה הכתובת למשלוח הודעות לעניין התחייבותי זו.
9. התחייבות זו תחל מהיום בו ישא משרד הבריאות בעלות האשפוז הסייעודי, ותעמוד בתוקפה כל עוד משרד הבריאות מממן את אשפוזו של המטופל וכל עוד לא שולמו כל הכספים המגיעים למשרד הבריאות מכוח התחייבותי זו.

קראתי והבנתי את כתב ההתחייבות ואני מקבל עלי את כל האמור בו וכן ידוע לי כי מסירת פרטים כוזבים או העלמת נתונים מהווה עבירה פלילית לפי חוק העונשין, התשל"ז-1977, וכי אם לא אמסור פרטים נכונים, אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק. ולראיה באתי על החתום:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תעודת זהות _____
כתובת למשלוח דואר: _____ טלפון נייד _____
מקום העבודה _____ כתובת מקום העבודה _____
טלפון בעבודה _____
שם הבנק _____ מספר/שם הסניף _____ מס' חשבון הבנק _____
היום (תאריך) _____ חתימה _____

² לגבי עמותות יש לשנות "ברשם העמותות"

נספח ב' 2

כתב התחייבות עצמית- זכאות זמנית בהתאם ל"נוהל שעה"

הואיל ומשרד הבריאות קבע כי לפי נהל השעה של משרד הבריאות ניתן לאשפז את מר/גב' _____ נושאת תעודת זהות מספר: _____ (להלן: "המטופל/ת").

והואיל שהאשפוז במוסד הסיעודי, באמצעות משרד הבריאות, מותנה בתשלום השתתפות המטופל/ת ובני משפחתו, והכל בהתאם להוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי וחוזר מנכ"ל משרד הבריאות מספר 08/2018 בעניין "סיוע במימון האשפוז הסיעודי" (להלן: "הנוהל").

ולאור המצב הנוכחי אשר מקשה על המצאת מלוא המסמכים הנדרשים על פי הנהל לצורך חישוב הזכאות, בטרם יינתן קוד אשפוז-

אני הח"מ, מר/גב' _____, נושאת תעודת זהות מספר _____, מתחייב כדלהלן:

1. לשלם למשרד הבריאות החל מיום נשיאת המשרד בעלות האשפוז הסיעודי ועד ליום 30.6.2020 סך של _____ ש"ח כפי שנקבע לי ע"י רכזת האשפוז בהתאם למידע שמסרתי לה. התשלום יועבר עד ה-24 לכל חודש בעבור החודש הקודם.
2. להמציא את המסמכים הנדרשים בהתאם לנוהל בנוגע למטופל/ת ולבני משפחתו לצורך חישוב הזכאות בהתאם להוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי וחוזר מנכ"ל משרד הבריאות מספר 18/2018 בעניין "סיוע במימון האשפוז הסיעודי" (להלן: "הנוהל") עד ליום 30.6.2020.
3. באם לא אמציא את המסמכים הנדרשים לצורך חישוב הזכאות עד ליום 30.6.2020, אשא בתשלום מלוא העלות לפי התעריף המשולם למוסד אליו הועבר מר/גב' _____, וזאת עד להמצאת המסמכים הנדרשים וחישוב הזכאות באופן מלא (לא יתבצע קיזוז באופן רטרואקטיבי על החודשים בהם לא הומצאו מסמכים ובאם ייוצר חוב, הוא יועבר לגביה).

נספח ב' 2

4. לא תהא לי כל טענה/דרישה/תביעה נגד משרד הבריאות הנוגעת לשינויים בגובה השתתפותי והתחייבותי זו מהווה אישור לגביית סכום ההשתתפות העדכני.
5. ידוע לי כי במקרה שיחול שינוי בפרט מהפרטים שמסרתי לצורך קביעת השתתפותי במימון האשפוז עלי להודיע על כך מיד למשרד הבריאות, ומשרד הבריאות יהיה רשאי לחייבני בהשתתפות עדכנית, על פי הנוהל, לרבות הפרשי ריבית והצמדה¹ ככל שיחולו.
6. ידוע לי כי גובה השתתפותי הזמני נקבע על סמך המידע אותו מסרתי, וכי אם יתברר כי פרט מהפרטים שמסרתי אינו נכון והיה בכך להשפיע על גובה החיוב, יהיה משרד הבריאות רשאי לחייבני בתשלום ההפרש עד עלות האשפוז מלאה, מהיום בו נשא משרד הבריאות בעלות האשפוז הסיעודי, בצירוף הפרשי ריבית והצמדה.
7. משרד הבריאות יהיה רשאי לערוך, לפי שיקול דעתו, בדיקה מקיפה של הכנסותיי ונכסי, ופרטים אודות חשבונות בנק המתנהלים על שמי, לבדוק ולאמת כל מידע אותו מסרתי במסגרת הבקשה לסיוע במימון האשפוז הסיעודי.
8. ידוע לי כי אם לא אשלם את החיוב החודשי במועד, משרד הבריאות יהא זכאי לגבות את החוב בתוספת הפרשי הצמדה וריבית, בשיעור החל מעת לעת לפי תקנות פסיקת ריבית והצמדה (קביעת שיעור הריבית ודרך חישובה, התשס"ג - 2003).
9. אני מתחייב/ת להודיע למשרד הבריאות על כל שינוי בכתובתי ובפרטי ההתקשרות אתי, וידוע לי שאם לא אעשה כן כתובתי במרשם האוכלוסין תהיה הכתובת למשלוח הודעות לעניין התחייבותי זו.
10. התחייבות זו תחל מהיום בו יישא משרד הבריאות בעלות האשפוז הסיעודי, ותעמוד בתוקפה כל עוד משרד הבריאות מממן את אשפוזו של המטופל וכל עוד לא שולמו כל הכספים המגיעים למשרד הבריאות מכוח התחייבותי זו.

¹ כמשמעם בחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א 1961

נספח ב' 2

קראתי והבנתי את כתב ההתחייבות ואני מקבל עלי את כל האמור בו, וכן ידוע לי כי מסירת פרטים כוזבים או העלמת נתונים מהווה עבירה פלילית לפי חוק העונשין, התשלי"ז-1977, וכי אם לא אמסור פרטים נכונים, אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק.

ולראיה באתי על החתום

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תעודת זהות _____

כתובת למשלוח דואר: _____ טלפון נייד _____

מקום העבודה _____ כתובת מקום העבודה _____

טלפון בעבודה _____

שם הבנק _____ מספר/שם הסניף _____ מס' חשבון _____
הבנק _____ (הבנק של חותם כתב ההתחייבות)

חתימה

היום
(תאריך)

נספח ב' 2

כתב התחייבות עבור צד שלישי- נוהל שעה (זכאות זמנית)

הואיל ומשרד הבריאות קבע כי לפי נוהל השעה של משרד הבריאות ניתן לאשפז את מר/גב' _____ נושאת תעודת זהות מספר: _____ (להלן: "המטופל/ת").

והואיל שהאשפוז במוסד הסיעודי, באמצעות משרד הבריאות, מותנה בתשלום השתתפות המטופל/ת ובני משפחתו, והכל בהתאם להוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי וחוזר מנכ"ל משרד הבריאות מספר 08/2018 בעניין "סיוע במימון האשפוז הסיעודי" (להלן: "הנוהל").

ולאור המצב הנוכחי אשר מקשה על המצאת מלוא המסכמים הנדרשים על פי הנוהל לצורך חישוב הזכאות, בטרם יינתן קוד אשפוז-

להבטחת תשלום ההשתתפות בגין אשפוז המטופל/ת, אני הח"מ, מר/גב' _____ נושאת תעודת זהות מספר _____, מתחייבת לשלם את ההשתתפות העצמית הזמנית במימון האשפוז הסיעודי שנקבעה למטופל/ לבן/ לבת מר/גב' _____ נושאת תעודת זהות מספר _____ (להלן "המשתתף") כדלהלן:

1. לשלם למשרד הבריאות החל מיום נשיאת המשרד בעלות האשפוז הסיעודי ועד ליום 30.6.2020 סך של _____ ש"ח כפי שנקבע לי ע"י רכזת האשפוז בהתאם למידע שמסרתי לה. התשלום יועבר עד ה-24 לכל חודש בעבור החודש הקודם.
2. להמציא את המסמכים הנדרשים בהתאם לנוהל בנוגע למטופל/ת ולבני משפחתו לצורך חישוב הזכאות בהתאם להוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי וחוזר מנכ"ל משרד הבריאות מספר 18/2018 בעניין "סיוע במימון האשפוז הסיעודי" (להלן: "הנוהל") עד ליום 30.6.2020.

נספח ב' 2

3. באם לא אמציא את המסמכים הנדרשים לצורך חישוב הזכאות עד ליום 30.6.2020, אשא בתשלום מלוא העלות לפי התעריף המשולם למוסד אליו הועבר מר/ גב' _____, וזאת עד להמצאת המסמכים הנדרשים וחישוב הזכאות באופן מלא (לא יתבצע קיזוז באופן רטרואקטיבי על החודשים בהם לא הומצאו מסמכים ובאם יוצר חוב, הוא יועבר לגביה).
4. לא תהא לי כל טענה/דרישה/תביעה נגד משרד הבריאות הנוגעת לשינויים בגובה השתתפותי והתחייבותי זו מהווה אישור לגביית סכום ההשתתפות העדכני.
5. ידוע לי כי במקרה שיחול שינוי בפרט מהפרטים שמסרתי לצורך קביעת השתתפותי במימון האשפוז עלי להודיע על כך מיד למשרד הבריאות, ומשרד הבריאות יהיה רשאי לחייבני בהשתתפות עדכנית, על פי הנוהל, לרבות הפרשי ריבית והצמדה² ככל שיחולו.
6. ידוע לי כי גובה השתתפותי הזמני נקבע על סמך המידע אותו מסרתי, וכי אם יתברר כי פרט מהפרטים שמסרתי אינו נכון והיה בכך להשפיע על גובה החיוב, יהיה משרד הבריאות רשאי לחייבני בתשלום ההפרש עד עלות אשפוז מלאה, מהיום בו נשא משרד הבריאות בעלות האשפוז הסיעודי, בצירוף הפרשי ריבית והצמדה.
7. משרד הבריאות יהיה רשאי לערוך, לפי שיקול דעתו, בדיקה מקיפה של הכנסותיי ונכסי, ופרטים אודות חשבונות בנק המתנהלים על שמי, לבדוק ולאמת כל מידע אותו מסרתי במסגרת הבקשה לסיוע במימון האשפוז הסיעודי.
8. ידוע לי כי אם לא אשלם את החיוב החודשי במועד, משרד הבריאות יהא זכאי לגבות את החוב בתוספת הפרשי הצמדה וריבית, בשיעור החל מעת לעת לפי תקנות פסיקת ריבית והצמדה (קביעת שיעור הריבית ודרך חישובה, התשס"ג-2003).
9. אני מתחייב/ת להודיע למשרד הבריאות על כל שינוי בכתובתי ובפרטי ההתקשרות אתי, וידוע לי שאם לא אעשה כן כתובתי במרשם האוכלוסין תהיה הכתובת למשלוח הודעות לעניין התחייבותי זו.

² כמשמעם בחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א 1961

נספח ב' 2

10. התחייבות זו תחל מהיום בו יישא משרד הבריאות בעלות האשפוז הסייעודי, ותעמוד בתוקפה כל עוד משרד הבריאות מממן את אשפוזו של המטופל וכל עוד לא שולמו כל הכספים המגיעים למשרד הבריאות מכוח התחייבותי זו.

קראתי והבנתי את כתב ההתחייבות ואני מקבל עלי את כל האמור בו, וכן ידוע לי כי מסירת פרטים כוזבים או העלמת נתונים מהווה עבירה פלילית לפי חוק העונשין, התשלי"ז-1977, וכי אם לא אמסור פרטים נכונים, אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק.

ולראיה באתי על החתום

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תעודת זהות _____

כתובת למשלוח דואר: _____ טלפון נייד _____

מקום העבודה _____ כתובת מקום העבודה _____

טלפון בעבודה _____

שם הבנק _____ מספר/שם הסניף _____ מס' חשבון _____
הבנק _____ (הבנק של חותם כתב ההתחייבות)

היום

חתימה

(תאריך)

3 מאי, 2020

לכבוד: אזרחים המשלמים השתתפות באשפוז סיעודי ("קוד")

שלום רב,

לידיעתכם בעקבות משבר הקורונה והשלכותיו, ניתן לפנות בבקשות ללשכות הבריאות, לדחיית התשלום השוטף ו/או להפחתה זמנית בגובה ההשתתפות החודשית.

הבקשה תהיה על גבי טופס "בקשה להקלות בתשלום השתתפות עבור אשפוז סיעודי" (נספח א' המצורף למכתב זה, וגם בגרסה אינטרנטית <https://govforms.gov.il/mw/forms/DeferralOrReliefCodePayment@Health.gov.il>) וכמפורט להלן:

1. בקשה לדחיית התשלום השוטף

פירוט ההקלה:

ניתן לבקש לדחות בחודשיים את התשלומים החלים בחודשים מאי ויוני – כך שיחולו בחודשים יולי ואוגוסט בהתאמה, ויתווספו לתשלום באותו חודש (בו יחול תשלום כפול).

תהליך הפניה:

- בטופס יש למלא את סעיף הבקשה לדחיית התשלום.
- אם מעוניינים רק בדחיית התשלום – ניתן להעביר למחלקת הגזברות בלשכת הבריאות או בפנייה ישירות לגזברות (פרטי יצירת קשר לגזברות בתחתית הטופס המצורף).
- אם מעוניינים גם בהפחתת התשלום יש להמשיך ולמלא גם את סעיף הבקשה להפחתת התשלום (להלן).

2. בקשה להפחתת התשלום החודשי בתקופת ההקלות (1/4/2020 – 31/8/2020)

פירוט ההקלה:

- ועדת ערר מחוזית ייעודית תדון ותחליט אם להפחית את התשלום, מה גודל ההפחתה ולמשך כמה זמן, עד ל- 31/8/20 לכל היותר.

תהליך הפניה:

- למלא את בקשת הפחתת התשלום בטופס המצורף, עם נימוקים לבקשה.
- לצרף מסמכים התומכים בבקשה, כגון אישור יציאה לחל"ת מהמעביד או אישור זכאות לדמי אבטלה מביטוח לאומי וכדומה - לגבי שכירים; לגבי עצמאים - אישור בקשה למענק שהוגשה לרשות המסים, דו"חות למע"מ או כל מסמך אחר שמעיד על ירידה בהכנסות לתקופה הנ"ל.
- להעביר את הטופס לעו"סית המחוזית בהתאם למחוז הרלוונטי (פרטי יצירת קשר לעו"סיות המחוזיות בתחתית הטופס המצורף).

לידיעתכם:

- הבקשה תועבר לדין והחלטה בוועדת ערר מחוזית ייעודית. החלטת הוועדה תתבסס על מסמכים ונימוקים שהגיש הפונה.
- החלטת הוועדה תועבר לפונה, והוא יידרש לשלם את סכום ההשתתפות שנקבע ע"י הוועדה, לתקופה, כולל עבור החדשים שתשלומיהם נדחו.
- לאחר תום התקופה, יחזור התשלום לקדמותו (טרם תקופת הקורונה). במידת הצורך ניתן לערוך חישוב זכאות מחדש בלשכה.

מידע נוסף ניתן למצוא באתר משרד הבריאות תחת "[סיוע במימון האשפוז סיעודי](#)" או דרך מוקד קול הבריאות בטלפון *5400.

אנו מאחלים לך ולבני משפחתך בריאות שלמה וחזרה מוצלחת לשגרה.

בברכה,

משרד הבריאות

נספח א' – טופס הבקשה (גם בגרסה אינטרנטית <https://govforms.gov.il/mw/forms/DeferralOrReliefCodePayment@Health.gov.il>)

בקשה להקלות בתשלום עבור אשפוז סיעודי: הקלות בתקופת הקורונה: דחיית תשלום ו/או הפחתה בגובה התשלום

פרטי המטופל השווה במוסד סיעודי:

מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה

פרטי הפונה:

מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	טלפון/נייד	דואר אלקטרוני

<p>גובה השתתפות חודשית באשפוז כיום של מבקש הבקשה: נא לציין סכום _____</p>	<p>המחוז בו מטופלת הבקשה: (יש לסמן) <input type="checkbox"/> מחוז צפון (לשכות בריאות: צפת, טבריה, עפולה, נצרת, עכו) <input type="checkbox"/> מחוז חיפה (לשכות בריאות חיפה, חדרה) <input type="checkbox"/> מחוז מרכז (לשכות בריאות: נתניה, פתח תקווה, רמלה, רחובות) <input type="checkbox"/> מחוז ת"א <input type="checkbox"/> מחוז ירושלים <input type="checkbox"/> מחוז אשקלון <input type="checkbox"/> מחוז דרום (לשכת בריאות באר שבע)</p>
---	--

לאור מצבי, אני מבקש/ת את הבקשות הבאות:

1. אני לא מעוניין/ת לדחות את התשלומים.

אני מבקש/ת לדחות דחיית התשלומים כמפורט להלן (נא לסמן):

תשלום שחל בחודש מאי – לדחות לתשלום בחודש יולי, כך שביולי אשלם עבור שני החודשים.

תשלום שחל בחודש יוני – לדחות לתשלום בחודש אוגוסט, כך שבאוגוסט אשלם עבור שני החודשים.

2. אני לא מעוניין/ת בהפחתת התשלום החודשי.

אני מבקש/ת הפחתה התשלום החודשי למשך תקופה מוגדרת (1/4/20 – 31/8/20) או חלקה:

יש לצרף מסמכים רלבנטיים ולמלא מטה את סיבת הפנייה.

אני מצהיר/ה כי חלה ירידה בהכנסתי החודשית לאור משבר הקורונה (נא לסמן):

חל"ת אבטלה עצמאי עם עסק סגור אחר _____

יש לצרף מסמך המעיד על שינוי בהעסקה ו/או על ירידה בהכנסות, כגון:

לגבי שכירים – אישור יציאה לחל"ת מהמעביד או מביטוח לאומי וכדומה;

לגבי עצמאים - אישור בקשה למענק שהוגשה לרשות המסים, דו"חות למע"מ או כל מסמך אחר שמעיד על ירידה בהכנסות לתקופה הנ"ל.



פירוט סיבת הבקשה להפחתה בתשלום:

פניה להפחתת התשלום (אם הוגשה) תועבר לבחינה והכרעה ע"י וועדת ערר.
לידיעתך, הועדה תדון ותקבע אם להפחית התשלום, מה גודל ההפחתה ולמשך כמה זמן, עד ל- 31/8/20 לכל היותר.
לאחר מכן יחזור התשלום לקדמותו (טרם תקופת הקורונה) ובמידת הצורך ניתן לערוך חישוב זכאות מחדש בלשכה.

הצהרת הפונה:

אני החתום/ה מטה, (שם פרטי ושם משפחה) _____, בעל ת.ז. _____ מצהיר/ה בזאת
כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים, וכי אני מודע/ת כי מסירת פרטים שאינם נכונים מהווה עבירה על החוק.
אני מתחייב/ת לשלם את השתתפותי בהתאם לקביעת משרד הבריאות.

_____ חתימה

_____ שם פרטי ושם משפחה

_____ תאריך

טופס זה יש לשלוח:

1. לצורך דחיית התשלום - למחלקת הגזברות בלשכת הבריאות המחוזית המתאימה - פירוט בטבלה 1 להלן
2. לצורך הפחתת התשלום לתקופה מוגדרת - לעובדת סוציאלית (עו"ס) מחוזית בלשכת הבריאות המתאימה - פירוט בטבלה 2 להלן.
3. אם בקשת גם דחיית התשלום וגם הפחתת התשלום - יש לשלוח לשני הגורמים בלשכה.

פרטים נוספים ניתן למצוא [באתר משרד הבריאות](#) (סיוע במימון אשפוז הסיעודי) או במוקד קול הבריאות 5400*



טבלה 1: פרטי יצירת קשר עם מחלקות הגזברות בלשכות הבריאות – לצורך דחיית התשלום

שם הלשכה	כתובת	טלפון	טלפון נוסף	פקס	כתובת מייל
צפון	רח' המלאכה 3, נצרת עילית, מיקוד: 1767303	04-6557852	04- 6557854/7	04-6559854	gizbarut.zafon@moh.gov.il
חיפה	רח' פל ים 15 א', חיפה, מיקוד: 3100702	04-8633082	04-8633083	04-8632946	rozmary.kurtz@lbhaifa.health.gov.il
מרכז	קרית הממשלה, רח' הרצל 91, רמלה, מיקוד: 7243003	08-9788640	08-97886401	08-9788642	lbgiz@moh.gov.il
תל אביב	רח' הארבעה 12, ת"א מיקוד: 6473912	03-5634848 ולאחר שלוחה 5 מק שלוחה 3		03-5634754	gviya.ta@moh.gov.il
ירושלים	רח' יפו 86, ת"ד: 37044, ירושלים, מיקוד: 9137001	02-5314850	02-5314841	02-5310003	lbgizbarut@moh.health.gov.il
אשקלון	רח' ההסתדרות 2, אשקלון מיקוד: 783064	08-6745306		08-6745094	gizbarutlba@bmc.gov.il
באר שבע	קרית הממשלה, רח' התקוה 4, ת"ד: 100050 ב"ש, מיקוד: 8489312	08-6263520	08-6263579	08-6263559	gizbarut.lbs@bsh.health.gov.il

טבלה 2: פרטי עו"סיות מחוזיות - לצורך דיון בוועדת ערר על בקשה להפחתת התשלום

מחוז	שם	כתובת מייל
צפון	דועא שאמא	Doaa.shama@zafon.health.gov.il
חיפה	יפעת הראל	Yifat.harel@lbhaifa.health.gov.il
מרכז	שולי ירושלמי	Shuli.yerushalmi@lbm.health.gov.il
תל אביב	רחל הרשקוביץ	Rachel.hershkovich@moh.health.gov.il
ירושלים	יפעת הראל (מ"מ)	Yifat.harel@lbhaifa.health.gov.il
אשקלון	ענבר אבנברג	inbare@bmc.gov.il
באר שבע	עינת סילברשטין	Einat.silbershtein@bsh.health.gov.il



מדינת ישראל
משרד האוצר

ה' בניסן התש"פ
30 במרץ 2020
ח.נ. 2020-774

אל:
חשבי משרדי הממשלה ויחידות הסמך

הנדון: השהיית הפעלת אמצעי גביה לאור התפרצות נגיף ה"קורונה"

שלום רב,

לאור התפרצות נגיף ה"קורונה" ועל מנת להקל ככל הניתן על התמודדות הציבור הרחב עם המשבר, הנכם נדרשים לחדול מהפעלת אמצעי גבייה אקטיביים על חייבים מכוח פקודת המסים [גביה], לרבות הטלת עיקולים חדשים, מימוש שעבודים ועיקולים ותפיסות רכבים, זאת במקביל לעצירת פעולות האכיפה במרכז לגביית קנסות, אגרות והוצאות.

ההקלות האמורות לא יחולו על קנסות שהוטלו מכוח תקנות שעת חירום (אכיפת צו בריאות העם) (נגיף הקורונה החדש) (בידוד בית והוראת שונות) (הוראת שעה)), התש"ף-2020¹.

יודגש כי אין באמור בכדי להביא לויתור על החוב או חלקו, או על חיובי ריבית והצמדה, וכן אין באמור בכדי להביא להקפאת החוב. יובהר כי יש להמשיך כסדרן במשלוח התראות חוב לחייבים.

לכל בקשה פרטנית החורגת מהנחיה זו או בקשות פרטניות להקלות נוספות בתחום הגבייה יש לפנות לחטיבת המימון באגף החשב הכללי במשרד האוצר.


בברכה,
גיל כהן

סגן בכיר לחשב הכללי
מנהל חטיבת המימון

העתק:

הנהלת החשב הכללי

מר תומר מוסקוביץ – מנהל רשות האכיפה והגבייה

עו"ד אסי מסינג – היועץ המשפטי, משרד האוצר

מר יהונתן רזניק – מנהל יחידת אשראי, גבייה וביטוח, משרד האוצר

מר מתן יגל – ממונה משפט ואכיפה, משרד האוצר

גב' מוריה שליסל – רפרנטית גבייה, משרד האוצר

¹ ק"ת התש"ף 8535, עמ' 756.