



אישור על מוגבלות קבועה/זמנית

חבר/ת סגל יקר/ה
את הטופס המלא יש להעביר אל המתאמת הרלוונטית או אל מתאמת נוכחות סגל מנהלי וטכני למייל:
rakezetnohehut@bgu.ac.il

הנני לאשר, כי _____ מספר זהות _____ (להלן: "המטופל")
(שם הילד/ה)

הוא אדם עם מוגבלות כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח-1998*, ונוזקק לסיוע אישי בשל מוגבלותו.

(יש לסמן סוג המוגבלות מטה)

המוגבלות של הילד היא קבועה.

מוגבלותו של המטופל היא זמנית, ואולם היא אינה צפויה לחלוף בתוך 60 יום ממועד הופעתה.

האישור הזמני תקף עד יום _____

תאריך: _____ חתימה וחותמת הרופא: _____

*הגדרת אדם עם מוגבלות

(לפי סעיף 5 לחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח-1998).

"אדם עם לקות פיסית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים".