

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) /גרוש(ה) /אלמן(ה) /אחר _____
עיסוק _____
עיסוק בן/בת הזוג _____
מספר הילדים _____
משכורת חודשית ברוטו של הפונה _____ (נא לצרף 3 תלושי שכר)
משכורת חודשית ברוטו של בן/בת הזוג _____ (נא לצרף 3 תלושי שכר)

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 המשדד: _____