



י"ז טבת תשס"ו
17/01/2006
2006-0127-52

נוהל הפחתת ההיקף המזערי של שעות התכנית האישית

1. על פי סעיף 43(ב) לחוק: "רשאי בוחן מקרים מיוחדים להקטין את היקף השעות המזערי של תכנית אישית שהוכנה למשתתף מסוים עד לחמש עשרה שעות שבועיות בהתקיים התנאים הבאים:
 - א. מתכנן היעדים התעסוקתי שהכין את התכנית האישית בעבור אותו משתתף או שאמור להכינה, קבע כי המשתתף עשה את מרב המאמצים לסייע בהפנייתו לעבודה ובהכנת תכנית אישית בעבורו ולבצע את התכנית האישית שהוכנה לו, ככל שהוכנה.
 - ב. בוחן המקרים המיוחדים נוכח כי בפני המשתתף קשיים של ממש שהיו מונעים מכל משתתף סביר לבצע תכנית אישית בהיקף השעות המזערי, יהיו מרכיביה של התכנית האישית אשר יהיו.
 - ג. השר או עובד ציבור שהוא הסמיך לכך אישר את הקטנת היקף השעות המזערי עבור כל משתתף".
2. על כן, בחינת הבקשה שתועבר על ידי המרכזים להפחתת שעות תתמקד, בין השאר, במאמצים של המשתתף בהפנייתו לעבודה ובהכנת תכנית אישית אשר תואמת את מגבלותיו של המשתתף, ובשאלה האם בפני המשתתף קשיים של ממש, שהיו מונעים מכל משתתף סביר את האפשרות המעשית להשתתף בתוכנית אישית כלשהי של לפחות 30 שעות בשבוע.
 3. **הנתונים שיובאו בחשבון בעת בחינת הבקשה:**
 - א. המגבלות המונעות מהמשתתף להיות בתכנית אישית כלשהי.
 - ב. המגבלות תיבחנה תוך התייחסות, בין השאר, לממצאים קודמים לתקופת הניסוי, להערכה תפקודית ביחס לדרישות התוכנית ולעבר התעסוקתי של המשתתף.
 - ג. פרק הזמן בו המגבלות הנ"ל מצריכות הפחתת שעות כאמור.
 - ד. מידת הקושי הארגוני למפעיל אינה רלוונטית.
 4. **דגשים נוספים:**
 - א. אשפוזי יום תכופים, או היעדרויות בשל מחלות או טיפולים חייבות להיות מוסדרות ע"י תעודות מחלה, ולא ע"י הפחתת שעות.
 - ב. בקשה לתוכנית מופחתת שעות בשל טיפול קבוע בבן משפחה תוגש למוסד לביטוח לאומי ותוכרע שם. במקרים חריגים של מחלה קצרה של קרוב, המחייבים היעדרות של המשתתף, ניתן להגיש בקשה להפחתה זמנית של שעות. בקשה זו תוגש באותו אופן המצוין בנוהל זה אך יודגש על גביה דחיפותה והיותה בקשה להפחתה זמנית בלבד.



5. אופן הגשת הבקשה:

- א. טופס הגשת בקשה מצורף לנוהל זה, כחלק בלתי נפרד ממנו, ומסומן כנספח א'. כחלק מטופס זה יינתן החלק הרלוונטי בטופס לפקיד המוסד לביטוח לאומי למילוי.
- ב. טופס הערכת מסוגלות שימולא על ידי רופא המרכז מצורף לנוהל זה, ומסומן כנספח ב'.
- ג. טופס חוות הדעת הרפואית מצורף לנוהל זה, ומסומן כנספח ג'.
- ד. בטופס הגשת הבקשה ימולאו פרטי הזיהוי של המשתתף שלגביו מוגשת הבקשה.
- ה. תרשם עמדת מתכנן היעדים התעסוקתי אשר הכין או אמור היה להכין למשתתף את התכנית, תוך פירוט התכנית שהוכנה, האם בוצע חלק מהתכנית, האם המשתתף עשה את מרב המאמצים לסייע בהפנייתו לעבודה ובהכנת התכנית האישית בעבורו ובביצועה, וכן כל פרט רלוונטי נוסף.
- ו. תירשם עמדת בוחן המקרים המיוחדים, תוך פירוט הקשיים שהיו מונעים מכל משתתף סביר לבצע תכנית אישית בהיקף של שלושים שעות, חוות דעת בעניין היקף התכנית האישית אותה יכול המשתתף לבצע, והנמקות להפחתה במספר השעות, כל פרט רלוונטי נוסף.

6. תשובת המנהלה:

- א. תשובת המנהלה תינתן בכתב ותהא מנומקת.
- ב. עד לקבלת תשובה סופית מהמנהלה יש לקבוע למשתתף תכנית אישית של 30-40 שעות שבועיות.

נא פעולתכם בהתאם.



_____.

3. הצעת תוכנית מופחתת שעות (פירוט סוג התכנית המוצעת, כמות השעות וכל פירוט רלוונטי נוסף ומדוע אינו יכול לבצע כל תכנית אישית בהיקף של 30 שעות לפחות):

_____.

4. הערות נוספות:

ב. פירוט המגבלות:

מגבלות

רפואיות: _____

(ראה חוות דעת רופא (בהתאם לטופס אשר בנספח ג'))

*מעמד בביטוח לאומי: נכות / תאונות עבודה / אחר: _____ / לא פנה

לפני החלטת ועדה	בקשה נדחתה בתאריך _____	נקבעו % _____ נכות קבועה/זמנית עד ל _____	זכאי לשיקום
-----------------	-------------------------	---	-------------

ג. פרטים נוספים אודות המשתתף:

פירוט ההיסטוריה התעסוקתית של המשתתף:



משרד התעשייה, המסחר והתעסוקה
מינהלת תוכנית מהליב

מהליב
מהבטחת הכנסה לתעסוקה בטוחה

נספחים מצורפים:

דו"ח רפואי עדכני (**חובה**): טופס מצב עדכני במוסד לביטוח לאומי (**חובה**); מסמכים רפואיים;

הערכה פסיכולוגית; מסמכים מביטוח לאומי; אחר: _____.

שמות, תפקידים וחתימות המבקשים:

שם פרטי ומשפחה	תפקיד	תאריך	חתימה
	בוהן מקרים מיוחדים		



טופס מצב עדכני במוסד לביטוח לאומי

המשתתף _____, מספר זהות _____ :

א. אינו עונה להגדרת נכה

הסיבה:

ב. מוכר כנכה

ליקויים עיקריים:

שיעור

הנכות:

דרגת הנכות (איבוד כושר השתכרות):

ג. אינו מוכר כנכה – ליקוי רפואי חדש או החמרה שטרם אובחנו על ידי המוסד לביטוח לאומי

ליקוי רפואי:

מתאריך:

תאריך

הגשת

התביעה:

ד. אינו מוכר כנכה – דחייה רפואית על ידי המוסד לביטוח לאומי:

ליקויים עיקריים:



משרד התעשייה, המסחר והתעסוקה
מינהלת תוכנית מהליב

מהליב
מהבטחת הכנסה לתעסוקה בטוחה
מתאריך:

שם פקיד ביטוח לאומי: _____

חתימה: _____

תאריך: _____



נספח ב'

טופס הערכת מסוגלות

בקשת הפחתת היקף שעות מזערי של תכנית אישית

שם המשתתף _____ מספר _____

ת.ז. _____

תלונות:

יכולות תפקודיות (נא לסמן את התשובות בסעיפים הבאים):

1. הרמת משאות:

מסוגל להרים משקל מרבי בקג' _____

2. הליכה:

מסוגל ללכת עם הפסקות רגילות א. פחות משעתיים ב. לפחות שעתיים ג. 2-4 שעות

ד. אחר (לפרט) _____

האם זקוק למקל כן/לא

3. עמידה:

מסוגל לעמוד א. פחות משעתיים ב. לפחות שעתיים ג. 2-4 שעות ד. 6 שעות

אחר (לפרט) _____



4. ישיבה:

מסוגל לשבת א. פחות משעתיים ב. 2-4 שעות ג. 4-6 שעות ד. יותר מ6 שעות

חייב לקום מדי פעם כדי להשתחרר מכאב גב כן/לא

5. מידת המוגבלות במאמץ פיסי:

א. קשה ב. בינונית ג. קלה

6. הפרעות שיווי משקל : כן/לא

7. תפקוד ידיים

יד הדומיננטית: א. ימנית ב. שמאלית

א. מסוגל לכתוב : א.ללא הגבלה ב. עם הגבלה (לפרט _____)
תפקוד יד ימין שמור כן/לא
כף היד:

תפקוד אצבעות שמור כן/לא
מסוגל להחזיק חפצים כן/לא
נא לפרט מוגבלות של יד ימין _____

תפקוד יד שמאל שמור כן/לא
כף היד:

תפקוד אצבעות שמור כן/לא
מסוגל להחזיק חפצים כן/לא

נא לפרט מוגבלות של יד שמאל _____



8. מוגבל בעבודה בתנאים סביבתיים :

רעש כן/לא

שמש כן/לא

קור כן/לא

חום כן/לא

חשיפה ל חומרים כימיים כן/לא

9. ליקוי ראייה בשתי עיניים: כן/לא

נא לפרט מידת הליקוי _____

10. ליקוי שמיעה כן/לא

נא לפרט מידת הליקוי _____

11. ליקוי למידה : כן/לא

12. יכולת קריאה:

עברית כן/לא

רוסית כן/לא

ערבית כן/לא

אחר _____

13. הפרעות ריכוז: כן/לא

14. הפרעות זיכרון: כן/לא

15. הפרעות דיבור: כן/לא

16. רושם על מצב נפשי:



משרד התעשייה, המסחר והתעסוקה
מינהלת תוכנית מהלי"ב

מהלי"ב
מהבטחת הכנסה לתעסוקה בטוחה

א. תקין

ב. לא תקין

תאריך _____

חתימה וחותמת של רופא



נספח ג'

טופס המלצה רפואית

בקשת הפחתת היקף שעות מזערי של תכנית אישית

2. פרטי המרכז:

מרכז תעסוקה _____.

3. פרטי המשתתף:

ת.ז.	שם משפחה ופרטי	גיל	מין	כתובת

4. פרטי הרופא נותן חוות הדעת:

א. שם הרופא: _____.

ב. מספר רשיון הרופא: _____.

ג. תחום התמחות: _____.

5. רקע תעסוקתי של המשתתף:

א. מקצוע: _____.

ב. נסיון: _____.

ג. היסטוריה תעסוקתית: _____.

6. ליקויים רפואיים עיקריים מתאריך _____:



7. מהות המגבלה התפקודית:

א. נפשית – פסיכיאטרי / קוגניטיבי / אלכוהול / אכילה:

ב. נוירולוגית – שיתוק / חולשה / כפיון / חושים :

ג. זיהומית – כבד / HIV / "הנשיקות" / פצעים / כרוניים:

ד. מוטורית – אורטופדית / פרקים, תשישות כרונית: _____

ה. דם – אנמיה / מ/א ממאירות:

ו. אנדוקרינית – סוכרת / בלוטת התריס:

ז. לב וכלי הדם – כאבים בחזה / אי ספיקת לב / ל"ד:

ח. ריאות – אסטמה / ברונכיטיס:

ט. עיכול – דלקתית כרונית / כיבית / כבד:

י. כליות – אי ספיקת כליות / דליפה / אצירה:

יא. מ/א – ממאירות / ניתוח:



9. המסמכים הרפואיים המצורפים לחוות דעת זו:

- א. _____ ה.
- ב. _____ ו.
- ג. _____ ז.
- ד. _____ ח.
- _____

10. המלצת הרופא:

החומר הרפואי שהוצג

תומך

לא תומך

בהמלצה להפחית שעות ההשתתפות המזערי בתכנית האישית ל _____ שעות שבועיות.

הנימוקים _____ להמלצה:

שם הרופא: _____



משרד התעשייה, המסחר והתעסוקה
מינהלת תוכנית מהליב

מהליב
מהבטחת הכנסה לתעסוקה בטוחה

.....: חתימה

.....: חותמת

.....: תאריך