



## **הנדון: הנחיות להגשת בקשה לוועדת זכאות ואפיון – עבור תלמידים חדשים במערכת החינוך העירונית**

הורים יקרים שלום רב,  
להלן הסבר על אופן הגשת בקשה עבור בנכס/בתכם לוועדת זכאות ואפיון לבחינת זכאותם לשנת הלימודים תשפ"ה:

- הוועדות יתקיימו החל מחודש אפריל עד ל- 31 במאי.
- הגשת המסמכים לוועדות זכאות היא עד ה- 31 במרץ!
- המסמכים שעליכם להגיש **במרוכז**, מפורטים בטופס הבקשה-נספח 1.
- במידה ובנכס/בתכם באמצע תהליך אבחוני **שלא עתיד להסתיים עד ל-31 במרץ**, **חובה** להגיש אישור מהמכון להתפתחות הילד על כך עם תאריך צפי לסיום האבחון.

- יש להגיש את המסמכים **המלאים** סרוקים (כל מסמך בנפרד) ומצורפים **במייל אחד**

לכתובת: [Zakaut\\_tlv\\_holon\\_by@education.gov.il](mailto:Zakaut_tlv_holon_by@education.gov.il)

**המסמכים שישלחו יועברו לבדיקה על ידי יו"ר ועדת זכאות ואפיון ורק לאחר אישור התקן ניתן יהיה לקבוע מועד לדיון.**

### **לא יזומן דיון ללא הגשת המסמכים המלאים!**

### **רצוי שבעת הדיון יהיה בידיכם עותק מהמסמכים המלאים שהוגשו.**

- **רק לאחר קבלת אישור** יו"ר הוועדה למסמכים שהוגשו, ישלח אליכם זימון בדואר רשום ובמייל שתתנו.
- כל הדיונים יתקיימו באמצעות אפליקציית Google meet / ZOOM

### **לא יאושרו תיקי ועדה חלקיים!**

**לא יתקבלו מסמכים לאחר המועדים המפורטים לעיל אלא אם יעמדו בקריטריונים של ועדה חריגה בהתאם להנחיות משרד החינוך.**  
**בקשות חריגות לאחר המועד הסופי להגשה יוגשו על ידכם ישירות למשרד החינוך.**

### **לאחר הוועדה:**

1. תוך 14 יום ממועד הדיון תשלח אליכם **בדואר רשום** החלטת הוועדה.
2. במידה ותוך 3 שבועות מיום הדיון בוועדת הזכאות לא קיבלתם את החלטת ועדת הזכאות – עליכם ליצור קשר עם האגף לטיפול בפרט בטלפון: 03-5027298.
3. לאחר קבלת הזכאות עליכם לבחור את **סוג** המסגרת (גן רגיל / גן לחינוך מיוחד) בה אתם מעוניינים עבור בנכס/בתכם באמצעות טופס לרישום סוג המסגרת החינוכית שיצורף להחלטה שתשלח אליכם בדואר.
4. **באחריותכם להעביר את טופס הבחירה חתום על ידכם** במייל לכתובת:

[Zakaut\\_tlv\\_holon\\_by@education.gov.il](mailto:Zakaut_tlv_holon_by@education.gov.il)

### **שימו לב- ההחלטות של ועדת זכאות ואפיון ימומשו בשנת**

### **הלימודים העוקבת!**

בהצלחה!



**נספח 1**

**בקשה להגשת תלמיד/ה לועדת זכאות ואפיון- ילדי גן חדשים**

שנת הלימודים \_\_\_\_\_ שם הגן / המעון (פרטי) \_\_\_\_\_ טלפון של הגנת: \_\_\_\_\_

מגזר מבוקש לשיבוץ (נא להקיף): ממלכתי (חילוני) / ממ"ד / חרדי (מוכר שאינו רשמי)

פרטי התלמיד/ה המוגש/ת לועדה:

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ מין: ז / נ

ת.ז.: \_\_\_\_\_ ת.ל: \_\_\_\_\_

עולה לכיתה (נא להקיף בעיגול): טרום טרום חובה / טרום חובה / חובה

**סטטוס הורים (נא להקיף בעיגול):** גרושים / נשואים / פרודים / הורה יחידני (\*יש לצרף אישור):

שם ההורה: \_\_\_\_\_ שם ההורה: \_\_\_\_\_

ת.ז. ההורה: \_\_\_\_\_ ת.ז. ההורה: \_\_\_\_\_

כתובת מלאה: \_\_\_\_\_ כתובת מלאה: \_\_\_\_\_

מספר טלפון נייד: \_\_\_\_\_ מספר טלפון נייד: \_\_\_\_\_

מייל: \_\_\_\_\_ מייל: \_\_\_\_\_

**נא לסמן את המסמכים שנשרקו למערכת (נוסף על טופס זה):**

- ויתור סודיות חתום על ידי שני ההורים.
- במידה והילד/ה בגן פרטי- שאלון חינוכי + חתימת הורים
- מסמכים קבילים עדכניים- אבחונים פסיכולוגיים (**אחרונים שנעשו**)- על פי המפורט בנספח 2 גורמים שאבחנתם קבילה.
- סטטוס הורים (במידה ולא נשואים)- הורים גרושים (ייפוי כוח) / הורה יחידני (ת.ל ללא שם אב)
- צילומי ת.ז של שני ההורים (כולל ספח)
- דו"ח נוירולוגי (במידה וישנו)
- דו"ח פסיכיאטרי (במידה וישנו)
- דוחות מטפלים פרא רפואיים (קלינאית תקשורת, ריפוי בעיסוק, טיפול רגשי וכו')- במידה וישנם
- בדיקת ראייה (שבוצעה בחצי שנה אחרונה)- חובה! (תור עתידי: \_\_\_\_\_)
- בדיקת שמיעה (שבוצעה בחצי שנה אחרונה)- חובה! (תור עתידי: \_\_\_\_\_)
- צורך בנגישות פיזית (עבור הורה או תלמיד): כן / לא
- צורך בתרגום: כן / לא (במידה וכן, נא לציין לאיזו שפה): \_\_\_\_\_

תאריך הגשת הבקשה: \_\_\_\_\_



**גורמים שאבחנתם קבילה בוועדות מתוקף תיקון מס' 11 לחוק החינוך המיוחד  
תוספת ראשונה**

<b>הגורם המקצועי שאבחנתו קבילה לצורך אפיון המוגבלות של התלמיד</b>	<b>אפיון המוגבלות</b>
פסיכולוג חינוכי/פסיכולוג התפתחותי/פסיכולוג קליני	משכל גבולי
ועדת האבחון לפי חוק הסעד ( טיפול באנשים עם מוגבלות שכלית – התפתחותית) התשכ"ט-1969, ובמידת הצורך- גורם מקצועי נוסף שאבחנתו קבילה בהלימה למוגבלות או למוגבלויות נוספות.	מוגבלות שכלית התפתחותית
פסיכולוג חינוכי, פסיכולוג התפתחותי, או פסיכולוג קליני	חשד למוגבלות שכלית התפתחותית
פסיכולוג חינוכי, פסיכולוג התפתחותי, פסיכולוג קליני או רופא מומחה בפסיכיאטריה של ילדים ונוער	הפרעות התנהגותיות ורגשיות
רופא מומחה בפסיכיאטריה של ילדים ונוער, רופא ילדים עם ניסיון עבודה של שלוש שנים לפחות במכון מוכר להתפתחות הילד או רופא מומחה בניירולוגיה של הילד ובהתפתחות הילד. נוסף על כך באבחון הראשון – אבחון של פסיכולוג קליני מומחה בתחום הקליני של הילד, פסיכולוג התפתחותי, או פסיכולוג שיקומי או חינוכי בעל הכשרה מוכחת בתחום האוטיזם	מוגבלות על רצף האוטיזם/ASD
רופא מומחה בפסיכיאטריה של ילדים ונוער	הפרעות נפשיות
פסיכולוג חינוכי, פסיכולוג מומחה שהוכשר בנושא לקויות למידה, או פסיכולוג מומחה ומאבחן דידקטי בין במסמך אחד ובין מסמכים נפרדים	לקות למידה רב-בעייתית
פסיכולוג מומחה, רופא מומחה בניירולוגיה של הילד ובהתפתחות הילד, רופא מומחה בפסיכיאטריה של ילדים ונוער, או רופא ילדים בעל ניסיון עבודה של שלוש שנים לפחות במכון מוכר להתפתחות הילד	AD(H)D
רופא ילדים בעל ניסיון עבודה של שלוש שנים לפחות במכון מוכר להתפתחות הילד, או רופא מומחה בניירולוגיה של הילד והתפתחות הילד	מוגבלות פיזית
קלינאי תקשורת שהוסמך לאודיולוגיה, "לעניין זה, "אודיולוגיה – עריכת בדיקות שמיעה והתאמת מכשירי שמיעה	מוגבלות בשמיעה
מכון לראייה ירודה או רופא עיניים	מוגבלות בראייה
רופא מומחה בניירולוגיה של הילד ובהתפתחות הילד, או פסיכולוג חינוכי או התפתחותי – יחד עם קלינאי תקשורת או מרפא בעיסוק	עיכוב התפתחותי בתחום התפקודי
קלינאי תקשורת במכון להתפתחות הילד	עיכוב התפתחותי בתחום השפה
רופא ילדים עם ניסיון עבודה של שלוש שנים לפחות במכון מוכר להתפתחות הילד או רופא מומחה בניירולוגיה של הילד ובהתפתחות הילד	מחלות ותסמונות נדירות



תאריך: \_\_\_\_\_

**ייפוי כוח לקיום ועדת זכאות ואפיון שלא בנוכחותי**  
**(עבור הורים גרושים בלבד)**

אני אבא / אמא של הילד: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

מייפה את כוחה/כוחו של \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

לייצג אותי בוועדת זכאות ואפיון ובהחלטתה.

**פרטי ההורה:**

שם ומשפחה: \_\_\_\_\_

טלפון: \_\_\_\_\_

כתובת (מס' דירה + רחוב + עיר): \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_



מדינת ישראל

משרד החינוך  
המנהל הפדגוגי  
אגף א' חינוך מיוחד

**ויתור על סודיות להעברת מידע לוועדת זכאות ואפיון**

תאריך \_\_\_\_\_

שם המסגרת החינוכית \_\_\_\_\_ סמל מוסד \_\_\_\_\_

מחוז \_\_\_\_\_

**ויתור סודיות**

אנו הורי/אפוטרופסי התלמיד/ה \_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_ מאשרים למנהל/ת המסגרת החינוכית בה לומד/ת בני/בתי למסור את המידע שהועבר על ידינו למוסד החינוכי, לרבות מסמכים קבילים על אבחנת המוגבלות של בני/בתי, בדיקות שמיעה וראיה עדכניות, שאלון הורים (ככל שקיים), מסמכים שהעברנו למוסד החינוך לצורך דיון בוועדה וכל מידע חינוכי או/ו טיפולי שעומד לרשות המוסד ביחס לתפקודו של בני/בתי במסגרת החינוכית.

אנו מאשרים כי המידע יועבר ליו"ר ועדת זכאות ואפיון ולחבריה לצורך דיון בבקשה לבחון את זכאות בני/בתי לקבל שירותי חינוך מיוחדים.

שם ההורה/אפוטרופוס \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_

שם ההורה/אפוטרופוס \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_



**נספח הבהרות- סטטוס הורים**

1. **הורים נשואים**- רצויה נוכחות של שני ההורים בוועדה, איך אינה מחייבת לקיום הוועדה.
2. **הורים גרושים**- נדרשת נוכחות שני ההורים בוועדה. במידה ואחד מהם לא יכול/ מעוניין להגיע, יש להחתימו על ייפוי כוח (מצ"ב לנוהל) ולהביא אלינו **למחלקה עד שבוע לפני מועד הוועדה**.
3. **הורה בחו"ל (גרושים)**- יש להחתים את ההורה ששוהה בחו"ל על ייפוי כוח. במידה ואין קשר יש לפעול על פי המפורט בסעיף 4.
4. **לא ניתן לאתר את ההורה**- על ההורה השני לגשת לבית משפט לענייני משפחה ולחתום על תצהיר מול שופט. יש להביא את התצהיר אלינו למחלקה טרם מועד הוועדה.
5. **משמורת יחידה לאמא או לאבא**- עדיין מצריכה יידוע וזימון של ההורה השני, שכן על פי חוק הוא האפוטרופוס החוקי של הילד. משמע מצריך נוכחות של שניהם או ייפוי כוח חתום.
6. **אישור אפוטרופוס יחידה**- יש להמציא את האישור מבית המשפט למחלקה טרם מועד הוועדה. במקרה כזה מספיקה נוכחות של האפוטרופוס החוקי בלבד.
7. **אמא יחידנית**- יש להביא עותק של תעודת לידה ללא שם אב. תעודת זהות לא תספק!
8. **משפחת אומנה**- יש להמציא אישור אומנה. זימון ההורים הביולוגיים יהיה על פי סטטוס המשפחה מול הרווחה (יש לבדוק את הנושא מול העו"ס המטפלת).
9. **הורה (שהוא אפוטרופוס חוקי) בכלא**- יש לדאוג להחתים את ההורה באמצעות העו"ס בבית הכלא (ניתן להיעזר בשירותי הרווחה).
10. **צו הרחקה**- יש להמציא את הצו טרם מועד הוועדה. במקרה כזה כמובן שההורה מולו הופעל הצו לא יזומן לוועדה.

**שימו לב**- יש לדאוג לצירוף האישורים המפורטים בעת הגשת הבקשה במלואה במייל. זאת כדי למנוע ביטול של דיונים או זימון מיותר של הורים וצוותים לדיון שלא יוכל להתקיים על פי חוק ללא אישורים אלו.



שרות פסיכולוגי חינוכי

האגף לטיפול בפרט

תאריך: \_\_\_\_\_

**כתב ויתור סודיות**

אנו החתומים מטה ההורים של :

שם התלמיד/ה: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

כתובת מגורים של התלמיד/ה: \_\_\_\_\_

נותנים בזה רשות לעיריית חולון /שפ"ח חולון/ רווחה

למסור / לקבל מידע רפואי/פסיכולוגי/אחר לאגף לטיפול בפרט (עיריית חולון), לרשות /בית ספר / גן,

למטרת שיבוץ למסגרת לימודית ולטיפול במסגרת.

בחתמתנו אנו משחררים בזה את הגורם שמסר את המידע מחובת שמירה על סודיות מקצועית המחויבת על פי

החוק. אין בהסכמתנו זו להעברת מידע אישור או הסכמה מראש להחלטות או המלצות שתתקבלנה ע"י כל גורם

שהוא בנודע לבננו/בתנו.

**פרטי האם:**

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_ טל' בבית \_\_\_\_\_

מייל: \_\_\_\_\_ כתובת מגורים: \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_

**סטטוס הורים: נשואים / גרושים / אלמן/ה / הורה יחידני (בהצגת תעודת לידה בלבד)**

**פרטי האב:**

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_ טל' בבית \_\_\_\_\_

מייל: \_\_\_\_\_ כתובת מגורים: \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_