



השירות לאומנה

עמותה לשרותי טיפול ורווחה ע"ר

נהלת השירות : בית עטרת, רח' יהושע, 28 ת.ד. 12435 עפולה, טל. 04-6591852-04, פקס. 04-6592616, E. mail: omnaafula@matav.org.il
סניף קרית: שד' ירושלים 12 ק. ביאליק, 70. 04-8701146, פקס. 04-8701146, E. mail: omnakaeyot@matav.org.il

בקשה להחזר הוצאות נסיעה לחודשים/ים:

פרטי הילד באומנה:

שם פרטי ומשפחה: _____ ת"ז _____ המשפחה האומנת _____ סמל מעון _____

להלן פירוט יעדי הנסיעות ותאריכייהם:

חודש הנסיעה	תאריך הנסיעה	מטרת הנסיעה	מקום	למקום	המרחק בק"מ	אופן הנסיעה: פרטי/מונית/אוטובוס	הנסיעה לכיוון אחד	מחיר	סה"כ כל ההוצאה

סך ההוצאות לכל חודש: _____
לחודש: _____
לחודש: _____
הריני מתחייב שהפרטים שמסרתי נכונים:
שם החותם: _____ תאריך: _____

מוחזרות ההוצאות לביקור חורים ולטיפולים פסיכולוגיים ורפואיים. נסיעות לבי"ס מחוץ לישוב רק באישור מטעם הרשות המקומית/ משרד החינוך המעיד שאינם משתתפים בהוצאה זו. אין החזר עבור נסיעה עירונית או לנסיעה תשווה למחיר זה.



השירות לאומנה
עמותה לשרותי טיפול ורווחה ע"ר

הנהלת השירות: בית עטרת, רח' יהושע, 28 ת.ד. 12435 עפולה, 70. 04-6591852-04. פקס: 04-6592616. E. mail: omnaafula@matav.org.il
סניף קריות: שד' יהושע, 12 ק. ביאליק, 70. 04-8701146-04. פקס: 04-8701146. E. mail: omnakeyot@matav.org.il

הוצאות מיוחדות למושם

מ"ז	ת. לידה	שם הילד	שם משפחה	ש.מ.	שם משפחה אומנת
תאריך מילוי הטופס:					
סעיפים תקציביים:					
01	שעורי עזר	05	שכ"ל לגן	10	אגרת שירותים נוספים
02	חוג בקהילה	06	שרות נוסף לגן	11	אבחונים
03	טיפול פסיכולוגי	07	טיפול פרא רפואי	13	מכשירים רפואיים
		08	נסיעות	14	מזון מיוחד
05	מס' משלומים	מספר חשבונות	סכום ההוצאה בש"ח	הערות	
1					
2					
3					
4					
5					
6					

הוצאות בתשלומים

מס' משלומים	מס' תשלום בש"ח	סכום כל תשלום בש"ח	סכום כולל בש"ח	תאריך סיום העבודה	תאריך תחילת ההוצאה	תאריך תקציבי	מס' משלומים
							1
							2
							3

חתימת המזכירות

חתימת המשפחה

חתימת המנחה