



מקבץ טפסים

הנגשה פרטנית לתלמיד ולהורה

- טופס 1 - בקשת ההורים להנגשה (בשפה העברית והערבית)
- טופס 2 - פרוטוקול ישיבת צוות רב-מקצועי לשם קביעת התאמות נגישות פרטנית לתלמיד
- טופס 3 - נקודות התייחסות בישיבת הצוות להחלטה אודות התאמה פרטנית מסוג טכנולוגיה מסייעת
- טופס 4 - אישור הורים על קבלת התאמות הנגשה טכנולוגיות (בשפה העברית והערבית)
- טופס 5 - טופס הצהרת הרשות המקומית/הבעלות
- טופס 5א - דוח ביצוע לרכישות עבור התאמות הנגשה פרטנית טכנולוגית
- טופס 5ב - ריכוז חשבונות עבור התאמות הנגשה טכנולוגית פרטנית
- טופס 6 - מיפוי הנגשת ריהוט מותאם ואביזרי עזר
- טופס 7א - טופס בקשה לאישור התאמות נגישות פרטנית מסוג טיולים ופעילויות פנים וחוץ מוסדית
- טופס 7ב - אישור רופא לפעילות באמצעות נגישון עבור תלמיד נישא
- טופס 7ג - תוכנית טיולים ופעילויות פנים וחוץ בית ספריות
- טופס 7ד - תוכנית טיולים ופעילויות פנים וחוץ בית ספריות - טופס לרשות המקומית/הבעלות
- טופס 8 - הודעת המסגרת החינוכית לרשות המקומית/הבעלות על דחיית בקשה להתאמות נגישות פרטניות
- טופס 9 - טופס ערר להחלטת הרשות המקומית/הבעלות על התאמות נגישות פרטנית
- טופס 10 - החלטת ועדת ערר מחוזית להתאמות נגישות פרטנית



טופס 1

בקשת ההורים להנגשה - טופס בקשה לפי תקנות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות התשע"ח 2018 (התוספת הראשונה תקנה 4 (א))

שם התלמיד:

תאריך לידה:

מספר זהות:

שם ההורה:

מספר זהות של ההורה:

שם ההורה:

מספר זהות של ההורה:

כתובת מלאה:

לומד בגן/בית ספר, שם המסגרת: סמל מוסד:

מספר טלפון, רגיל ונייד, להתקשרות עם הגורם המגיש את הבקשה (הורה/רושם אם אינו הורה):

כתובת דואר אלקטרוני של מגיש הבקשה:

אני מבקש הנגשה פרטנית לתלמיד/לאביו של התלמיד/לאימו של התלמיד (מחק את המיותר), שלו מגבלות בתחומים האלה הנוגעות לתפקודו במוסד החינוך (יש לפרט את אופי המגבלות בכל תחום, והשלכותיהן על התפקוד במוסד החינוך):

.....
.....
.....

אני מצרף בזה מסמכים רפואיים ואחרים המעידים על אופי המגבלות של מי שמתבקשת בשבילו ההנגשה, הנוגעות לתפקודו במוסד החינוך - פרט בתמצית את תוכנם של המסמכים המצורפים*:

.....
.....
.....



המבקש רשאי לציין בתמצית את סוג ההתאמות המבוקשות:

.....

.....

.....

.....

פרט אם התלמיד/ההורה המבקש את ההנגשה מקבל התאמה בפועל או סיוע כספי לשם ביצוע התאמה מגורם אחר - יש לפרט את מהות הסיוע והיקפו, ולציין מיהו הגורם המסייע (משרד הבריאות, משרד הרווחה, משרד הכלכלה, משרד החינוך - דרך מערך החינוך המיוחד, תמיכה מסל שילוב או בדרך אחרת, הרשות המקומית, הביטוח הלאומי, עמותה פרטית או כל גוף אחר); אם כן - יש לצרף מסמכים המעידים על מהות הסיוע והיקפו:

.....

.....

.....

הערות נוספות, לשיקול דעתו של הגורם המבקש:

.....

.....

.....

.....

חתימת המבקש

.....

תאריך

* הבהרה - אם אין די במסמכים המצורפים לצורך קבלת ההחלטה, יחזיר המנהל את הבקשה לרושם לצורך השלמת מסמכים לפי תקנה (4)ד (לתקנות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות נגישות פרטנית לתלמיד ולהורה, התשע"ח 2018), בתוך פירוט המסמכים הנדרשים והגורמים שמהם יש לקבל מסמכים אלה.



טופס 1 בשפה הערבית

בקשת הורים להגשה - טופס בקשה לפי תקנות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות התשע"ח 2018 (התוספת הראשונה תקנה 4 א)

نموذج طلب بموجب قوانين المساواة في الحقوق لأشخاص ذوي الإعاقة، 2018 (لائحة
الجدول الأول 4 أ):

اسم التلميذ:

تاريخ الميلاد:

هوية رقم:

اسم مقدم/ الطلب (أحد الوالدين/ المسجل إذا لم يكن أحد الوالدين):

رقم هوية الأب/ الأم:

اسم الأب/ الأم:

رقم هوية الأب/ الأم:

العنوان:

يتعلم في البستان/ مدرسة، اسم الإطار:

رقم الهاتف، الأراضي والجوال، في حالة التواصل مع من قدم الطلب (أحد الوالدين/ المسجل إذا لم يكن أحد
الوالدين):

عنوان البريد الإلكتروني لمقدم الطلب:

أطلب الحصول على إمكانيات إتاحة للوصول الفردي إلى التلميذ / والد التلميذ / والدة التلميذ (احذف الإضافي)،
والذي يعاني من إعاقة في هذه المجالات المتعلقة بأدائه في المؤسسة التعليمية (يجب تفصيل طبيعة هذه القيود
في كل مجال، وأثارها على أدائه في المؤسسة التربوية)

.....

.....

.....

أرفق طية المستندات الطبية والمستندات الأخرى التي تثبت طبيعة إعاقة الفرد الذي قدم طلب الإتاحة الفردي،
في ما يتعلق بأدائه في المؤسسة التربوية – نرجو تفصيل محتويات المستندات المرفقة بإيجاز¹:

.....

.....

.....

يجوز لمقدم الطلب أن يحدّد باختصار نوع الملاءمات المطلوبة:

.....

¹ توضيح - إذا كانت المستندات المرفقة غير كافية لاتخاذ القرار، يجب على المدير إعادة الطلب إلى المسجل بهدف استكمال الوثائق بموجب المادة 4 (د) من قوانين المساواة في الحقوق للأشخاص ذوي الإعاقة والوالدين، 2018، من الوثائق المطلوبة.



.....
.....

إذا كان التلميذ /الوالد الذي قدّم طلب إتاحة، يتلقّى ملاعمة فعلية أو مساعدة مالية بغرض إجراء ملاعمة من طرف آخر، فيرجى تحديد طبيعة المساعدة ونطاقها، وتحديد الجهة المساعدة (وزارة الصحّة، وزارة الرفاه، وزارة المالية، وزارة التربية- بواسطة جهاز التربية الخاصة، دعم من سلّة الدمج أو غير ذلك، السلطة المحليّة أو التأمين الوطني أو جمعية خاصّة أو أي جهة أخرى)؛ إذا كان الأمر كذلك - أرفق المستندات التي تثبت طبيعة المساعدة ونطاقها:

.....
.....
.....

ملاحظات إضافية، بحسب تقدير مقدّم الطلب:

.....
.....

.....
توقيع مقدّم الطلب

.....
تاريخ



טופס 2

פרוטוקול ישיבת צוות רב מקצועי לקביעת התאמות נגישות פרטנית לתלמיד

(יש להגיש את הטופס מוקדם במחשב)

החלטה על התאמות הנגישות הפרטניות לתלמיד מתקבלת במהלך ישיבת צוות רב מקצועית במסגרת החינוכית בה לומד התלמיד תוך מילוי הפרוטוקול. החלטת הצוות מחייבת הליך של איסוף מידע, הכרת התלמיד וצרכיו ובמידת הצורך התנסות בהתאמת טכנולוגיה.

כאשר ההכרות עם התלמיד אינה מספקת, והצוות הרב מקצועי מתקשה להגיע להחלטה לגבי המענים הנדרשים, מומלץ לדחות את ההחלטה ותקבע ישיבה נוספת עד חודש ימים. עם זאת, יש לבצע את כל התאמות ההנגשה שמוסכם על הצורך בהם.

החלטת הצוות בישיבה זו תועבר לאישור הממונה במתי"א לחתימה ולביצוע של הרשות המקומית/בעלות. אם הוחלט בדיון כי התלמיד אינו זקוק להתאמות נגישות, מנהל המסגרת ישלח לרשות המקומית/ בעלות הודעה על כך. על הרשות המקומית/בעלות לעדכן את ההורים על דחית הבקשה.

תאריך הישיבה: לחץ או הקש כאן להזנת תאריך.

פרטי ממלא הטופס: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

שם התלמיד: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט. **ת.ז.** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

תאריך לידה: לחץ או הקש כאן להזנת תאריך. **כיתה:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

סוג כיתה בחר פריט.:

שם מסגרת חינוכית: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט. **סמל מוסד:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

כתובת המסגרת החינוכית: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

א. הישיבה נקבעה לשם בחינת הזכאות של התלמיד להנגשה פרטנית בתחומים הבאים:

סוג ההנגשה	נדרשת/לא נדרשת	המסמכים הנדרשים לאישור ההתאמות
הנגשת טכנולוגיה מסייעת	בחר פריט.	טופס 3
הנגשת טיולים	בחר פריט.	טופס 7 א', 7 ב', 7 ג', 7 ד'
הנגשת ריהוט	בחר פריט.	טופס 6 ואישורים רפואיים
הנגשה פיזית	בחר פריט.	נוהל מינהל הפיתוח
הנגשה פדגוגית	בחר פריט.	בהתאם להנחיות שפ"י, אגף ל"ל ואגף לחנ"מ.
הנגשת סביבת למידה (ללא מימון) כגון: הורדת לוח, הושבה, מיקום הכיתה	בחר פריט.	באחריות צוות המסגרת החינוכית.



**ב. פירוט ההנגשות הנדרשות עבור התלמיד מסוג טכנולוגיה מסייעת
(יש למלא טבלה זו רק בסיום מילוי טופס 3 המצ"ב):**

החלטת הממונה המקצועי מאושר / נדחה ונימוקים	פירוט סוג הטכנולוגיה למילוי ע"י הצוות הרב מקצועי	
		1
		2
		3
		4

שם וחתומת הממונה המקצועי במתי"א

רשימת משתתפים אפשריים בישיבה: אין צורך שכל המופיעים ברשימה ייקחו חלק

בכל ישיבה - לכל דיון יש לזמן רק את אנשי המקצוע הרלוונטיים לצרכי התלמיד:

הערות	שם הנציג בישיבה	משתתפים אפשריים
חובת השתתפות		מנהל המסגרת החינוכית או מי מטעמו
חובת השתתפות		מחנך / מנהלת גן
		הורים ו/או תלמיד
<ul style="list-style-type: none"> לצורך החלטה על התאמת טכנולוגיה לצרכי תקשורת תומכת חליפית (תת"ח) חובת השתתפות קלינאי תקשורת ממשרד החינוך. לצורך החלטה על התאמת טכנולוגיה לצורך מעבר מכתובה להקלדה עבור תלמידים שקיבלו זכאות לשירותי חינוך מיוחדים נדרשת הערכה על ידי מרפאה/ה בעיסוק מהמתי"א. לצורך החלטה על התאמת טכנולוגיה עבור תלמידים עם מוגבלות פיזית מורכבת או מחלה נדירה חובת השתתפות של מרפאה בעיסוק/פיזיותרפיסט/ית בישיבה. 		נציג מקצועות הבריאות
חשיבות רבה מאד להשתתפות בישיבה		נציג המתי"א
חובת השתתפות לתלמיד עם מוגבלות בראיה		נציג המתי"א המתמחה למוגבלות בראיה
חובת השתתפות לתלמיד עם מוגבלות בשמיעה		נציג המרכז הטיפולי-חינוכי המחוזי לתלמידים כבדי שמיעה וחרשים
חובת השתתפות		מורת שילוב
במידת הצורך		סייע כיתתי או אישי
במידת הצורך		רכז השתלבות/רכז התאמות פדגוגיות/ רכז טיולים/רכז תקשוב/אחר

טופס 3



נקודות התייחסות בישיבת הצוות להחלטה אודות התאמה פרטנית מסוג טכנולוגיה מסייעת

(יש להגיש את הטופס מוקלד במחשב)

- א. מידע מקדים שעל המחנך/כת לרכז לישיבה בשיתוף צוות מקצועות הבריאות:
1. תמצית מתוך תצפית על תפקוד התלמיד במשימות תואמות גיל עם טכנולוגיה (התנסות בטכנולוגיה לתת"ח, התנסות בטכנולוגיה כתחליף כתיבה ו/או קריאה וכו'): לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.
 2. האם קיימת הנגשה טכנולוגית ממקור אחר (משרד הבריאות, הנגשה קודמת ועוד): לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.
 3. עמדת ההורים ועמדת התלמיד בסוגיית ההנגשה, האם ההורים תומכים ומגויסים לתהליך שילוב והטמעת הטכנולוגיה? לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.
- ב. מהלך הדיון בוועדה:
1. באילו תחומים קיים פער בין התלמיד לשאר תלמידי הכיתה, ברמת התפקוד וברמת ההשתתפות? לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.
 2. מהי מטרת ההנגשה הטכנולוגית? פרטו את תרומת ההנגשה לתלמיד בתפקודו במסגרת החינוכית לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.
 3. תובנות ומסקנות מההתנסות בטכנולוגיה: אלו אמצעים נוסו עד כה ולמשך כמה זמן? כיצד השפיעו על תפקוד התלמיד? לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.
 4. פרטו את האתגרים הקיימים או הצפויים בהטמעת הטכנולוגיה? לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.
 5. פרטו את היערכות הצוות לשילוב הטכנולוגיה: מי מוביל את התהליך בצוות בית הספר? תכנית ההטמעה: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.
- ג. החלטת הצוות: (יש לסמן את הריבוע המתאים, בהתאם להחלטת הצוות)
- התלמיד זכאי להתאמות נגישות מסוג טכנולוגיה מסייעת (יש לחזור כעת לטופס 2 סעיף ב' ולהשלים את פרוט הטכנולוגיות המבוקשות)
- ההחלטה תתבצע לאחר בחינה מחודשת של צרכי התלמיד והתנסות עם הטכנולוגיה בישיבה נוספת, בה ימולא טופס חדש. יש לפרט את תכנית ההערכה והנימוקים להחלטה: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.
- התלמיד אינו זכאי להתאמות נגישות מסוג טכנולוגיה מסייעת. יש לכתוב את הנימוקים להחלטה: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.
- העתק: רכז נגישות במתי"א



שאלות מכוונות מסייעות לקבלת החלטה על התאמות טכנולוגיות לתלמיד

א. התאמת הנגשה לצורך תקשורת תומכת חליפית (הדיון יתקיים בנוכחות קלינאי תקשורת)

- האם התלמיד מדבר?
- האם דיבורו מובן ופונקציונלי?
- אילו אמצעי תקשורת תומכת וחליפית (תת"ח) משמשים כיום את התלמיד?
- האם התנסה באמצעי טכנולוגי לתקשורת תומכת חליפית?
- האם מתאים לבקשת אמצעי תקשורת תומכת וחליפית ממשרד הבריאות?
- כיצד עשויה טכנולוגיה להשפיע על התקשורת של התלמיד?

ב. התאמת הנגשה לצורך כתיבה (הדיון יתקיים בנוכחות מרפא בעיסוק)

- מהו הבסיס לקושי בכתיבה? מוטורי, נוירולוגי, קוגניטיבי, רגשי?
- מהו תפקוד הכתיבה של התלמיד היום ביחס לתלמידי הכיתה?
- כיצד מתמודד עם העתקה מהלוח? לדוגמה: האם מספיק להעתיק? כמה מאמץ הפעולה דורשת ממנו?
- כיצד מתמודד עם מטלות לימודיות כגון: מענה בחוברת עבודה, שיעורי בית, כתיבה חופשית, כתיבה מתמטית?
- כיצד מתמודד עם מבחנים?
- כיצד עשויה טכנולוגיה להשפיע על תפקוד הכתיבה של התלמיד?
- אילו אמצעים מתאימים יותר לצורכי התלמיד בכתיבה? לדוגמה: אייפד, מחשב נייד, מצלמה.
- מה החסרונות של בחירה באמצעי טכנולוגי זה או אחר?

ג. התאמת הנגשת לצורך קריאה

- מהו הבסיס לקושי בקריאה? נוירולוגי, קוגניטיבי, רגשי?
- מהו תפקוד הקריאה של התלמיד היום ביחס לתלמידי הכיתה?
- כיצד מתמודד עם מטלות לימודיות כגון: קריאה במהלך השיעור, שיעורי בית, קריאה במקצועות שונים כמו מתמטיקה ועוד.
- כיצד מתמודד עם מבחנים?
- כיצד עשויה הטכנולוגיה להשפיע על תפקוד התלמיד בקריאה?



טופס 4

אישור הורים על קבלת התאמות הנגשה טכנולוגיות

תאריך _____

אני מאשר בזאת שבמסגרת ההנגשה הפרטנית, בני/בתי קיבל/ה
מהרשות המקומית/ הבעלות:

שם התלמיד/ה: _____ ת.ז: _____

שם הישוב: _____

שם המסגרת החינוכית: _____ סמל מוסד: _____

את ההתאמות הטכנולוגיות הבאות:

לפיכך אני מצהיר ומאשר כי:

1. התאמות הנגישות נמסרו **בהשאלה** לשם שימוש בלעדי של ילדי לצורכי למידה במסגרת החינוכית שבה הוא לומד.
2. אם הצוות במסגרת החינוכית יקבע שהתאמות הנגישות אינן נותנות את המענה הנדרש לצורכי נגישות התלמיד או שהתלמיד אינו זקוק להנגשה שאושרה לו, יוחזר הציוד למת"א/מתי"א מתמחה ללקויי ראייה/מרכז טיפולי-חינוכי מחוזי לתלמידים עם כבדי שמיעה וחירשים לשם השאלה לתלמידים אחרים.
3. אני מתחייב שילדי יגיע באופן יומיומי עם אמצעי ההתאמות שנרכשו עבורו למסגרת החינוכית, בהתאם להנחיות הצוות החינוכי.
4. הנחיות הרשות המקומית/הבעלות בנוגע לביטוח ואחריות ידועות לי.
5. במקרה של גניבת הציוד הטכנולוגי, עליי להגיש אישור תלונה מהמשטרה.
6. אני מתחייב לדווח באופן מיידי למסגרת החינוכית ולרשות המקומית/הבעלות על כל אירוע של נזק למכשיר וזאת בהתאם לתנאי הביטוח.
7. אני מתחייב/ת שלא למכור ו/או לא להשאיל, בין בתמורה ובין שלא בתמורה, את המכשיר לשום גורם אחר.
8. אני מתחייב במצב בו ילדי עוזב את הארץ להשיב את הציוד הטכנולוגי למת"א/מתי"א המתמחה בלקויי ראייה ובעיוורים/המרכז הטיפולי-חינוכי מחוזי לתלמידים כבדי שמיעה וחירשים.

חתימת ההורה:

שם ההורה: _____ ת.ז: _____ חתימה: _____

העתק:

- רכז הנגישות במתי"א/ מדריך מחוז חרדי/ מדריך מחוז התיישבותי



טופס 4 בערבית

אישור הורים על קבלת התאמות הנגשה טכנולוגיות

מصادقة الأهل على قبول ملاءمات إتاحة تكنولوجية

تاريخ _____

أصادق بهذا أنّ ابني / ابنتي قد استلمت من السلطة المحليّة / صاحب المكيّة: اسم السلطة / صاحب المكيّة:

في إطار الإتاحة الفرديّة، اسم التلميذ/ة: _____

رقم الهوية: _____ بلدة: _____

المؤسسة التربويّة: _____

الملاءمات التكنولوجية، التالية: _____

أصادق/ أصرّح بهذا على أنّه:

1. تمّت إعارة الإتاحة للاستخدام الحصريّ لابني/ لابنتي لأغراض التعلّم في الإطار التربويّ الذي يدرس/

تدرس فيه.

2. إذا أقرّ الطاقم المهنيّ داخل الإطار التربويّ أن هذه الإتاحة لا توفّر الاستجابة المطلوبة لاحتياجات

التلميذ، أو أنّ التلميذ لا يحتاج إليها، فسيتمّ إرجاع المعدّات إلى ماتيا/ ماتيا المتخصّصة في العسر

البصريّ/ مركز لعلاج السمع والصمّ والبكم بهدف إعادتها لتلاميذ آخرين.

3. أتعهّد بأن يصل ابني/ ابنتي يوميّاً مع الأثاثات التي استلمها/ استلمتها للتعليم، وفقاً لتعليمات الطاقم

التربويّ.

4. إرشادات السلطة المحليّة / صاحب المكيّة المتعلقة بالتأمين والمسؤوليّة معروفة بالنسبة لي.

5. في حالة فقدان الجهاز أو سرقة، لن أكون مؤهلاً لامتلاك جهاز بديل.

6. أتعهّد بموجب هذا بتقديم تقرير فوريّ إلى الإطار التربويّ وللسلطة المحليّة/ صاحب المكيّة حول كلّ

ضرر بالجهاز، وفقاً لشروط التأمين.

7. أتعهّد بموجب هذا بعدم بيع و/ أو إعارة الجهاز لأيّ طرف آخر، سوتء كان ذلك مقابل مبلغ من المال

أوبدونه.

8. أتعهّد في حالة مغادرة ابني البلاد إعادة المعدات التكنولوجية الى ماتيا/ ماتيا المتخصّصة في العسر

البصريّ/ مركز لعلاج السمع والصمّ والبكم.

تفاصيل وليّ الأمر:

الاسم الثلاثي: _____ رقم هويّة: _____ الامضاء: _____



טופס 5

טופס הצהרת הרשות/בעלות

תאריך: _____

שם הרשות/בעלות: _____

אנו מצהירים ומתחייבים בזאת כי:

1. רכישת התאמות הנגישות תיעשה על ידינו בהתאם למפורט ב"טופס בקשה לרכישת התאמות נגישות פרטניות מסוג טכנולוגיה מסייעת" (טופס 3א').
2. הרשות/ בעלות מתחייבת לנהל רישום הוצאות והכנסות בנושא הנגשה פרטנית בכרטסת חשבונות נפרדת.
3. מלוא התקציב יועבר לרכישת התאמות הנגשה שאושרו לטובת התלמיד עם המוגבלות בלבד. לאחר השלמת הרכישה, ולאחר אישור הממונה - נעביר ללא כל דיחוי את הציוד לתלמיד לו אושרה ההתאמה.
4. בגין התקציב המבוקש ממשרד החינוך והנכלל בדו"ח הביצוע לא התקבל או לא יתקבל בגינו מימון נוסף מגורם אחר.
5. התאמות ההנגשה הטכנולוגיות עבור התלמידים צריכות להתאים לשימוש בתנאים קיצוניים ולכן עליהם להיות באיכות גבוהה ככל האפשר, מותאמים לתלמידים עם מוגבלויות.
6. הרשות מתחייבת להבטיח את אחזקתן התקינה של התאמות ההנגשה שבוצעו לפי תקנות נגישות פרטניות וכי ההתאמות תהיינה תקינות וזמינות בכל עת שמוסד החינוך פועל ובכל זמן שניתנים בו שירותי חינוך.
7. במסגרות החינוך שבתחום הרשות/ של הבעלות, קיימות תשתיות פיזיות המאפשרות שימוש בהתאמות ההנגשה שנרכשו (כגון שקעי חשמל, רשת אינטרנט אלחוטית ועוד).
8. הרשות/בעלות מתחייבת לספק את מכלול פתרונות החומרה, התוכנה והעזרים וכפי שהוגדרו עבור התלמידים על ידי הגורמים המקצועיים.
9. הרשות/בעלות מתחייבת למתן תנאי שירות, תמיכה ותיקונים לציוד שנרכש.
10. הרשות/בעלות מתחייבת לבצע הליך של הרחבת אחריות על הציוד לתקופה של 3 שנים.
11. הרשות/בעלות מתחייבת להנחות את הספקים לספק את הציוד/ הערכה כאשר מצוין עליהם שמו של התלמיד ושם בית הספר בו הוא לומד.
12. אם התלמיד קיבל טכנולוגיה מסייעת ועבר ללמוד ברשות אחרת- הציוד יעבור עם התלמיד לרשות בה הוא ילמד.
13. יתאפשר לתלמיד לקחת את ההתאמות הטכנולוגיות לביתו בהתאם להמלצת הצוות החינוכי והטיפול של המסגרת.
14. לא ייגרע מהתאמות הנגישות ולא יוסב השימוש בהן למטרות אחרות, בין באופן חלקי ובין באופן מלא, פרט למקרה של תיקון של התאמות הנגישות ובלבד שתובטח התאמת נגישות חלופית.
15. ידוע לנו, כי אם יתברר שהבעלות לא סיפקה את התאמות ההנגשה בחלקם או במלואם כפי שהתחייבה, משרד החינוך יהיה רשאי להשיב או לקזז סכומים אלה מכל תשלום המגיע לבעלות/רשות מהמשרד.
16. תקצוב הבעלות יתבצע כנגד הגשת דו"ח ביצוע מאושר וחתום ע"י הגורמים המקצועיים, בצירוף אסמכתאות מקוריות על רכישת התאמות ההנגשה וכן שאר המסמכים הנדרשים.

חתימות:

שם מורשה החתימה בשם הרשות/ בעלות _____ חתימה _____

שם מורשה החתימה בשם הרשות/ בעלות _____ חתימה _____

חותמת הבעלות/ הרשות _____



טופס 6

מיפוי הנגשת ריהוט מותאם ואביזרי עזר

תאריך _____

לכבוד הרשות המקומית/בעלות

טופס זה ימולא על ידי מומחי תחום מוגבלויות פיזיות לאחר תצפית שתיערך במוסד החינוכי. לאחר מילוי הטופס יש לשלוח את הטופס לאישור ולחתימת המדריך המחוזי לנגישות. הטופס יועבר לרשות המקומית/הבעלות בצירוף הצעת מחיר עבור הפריט המבוקש שאותו עליה לצרף לשם בקשת הרשאה תקציבית ממינהל הפיתוח.

א. פרטים אישיים:

שם התלמיד/ה _____ ת.ז. _____ תאריך לידה _____

שם המוסד החינוכי _____ סמל המוסד _____

היישוב _____ דרגת הכיתה _____

חינוך רגיל / חינוך מיוחד (הקף) רשמי / מוכש"ר (הקף)

קוד אפיון מוגבלות _____

אבחנות _____

במעברים יש לציין את שם המוסד החינוכי בהמשך _____

סמל המוסד החינוכי בהמשך _____

* יש לצרף לבקשה דוח רפואי עדכני מרופא מומחה.

GMFCS* _____ MACS* _____ CFCS* _____ EDACS* _____ (עבור תלמיד עם CP)

שימוש באמצעי נשימה מלאכותיים כן/לא* _____

שימוש נוכחי בעזרים

מכשיר הליכה מסוג*	כיסא גלגלים ממונע	כיסא גלגלים ידני	סדים אורתוטיים מסוג	מחשב או אמצעי טכנולוגי אחר	ריהוט קודם שהותאם לתלמיד אשר אינו נותן מענה ותאריך ההתאמה

*הליכון, רולטור קדמי או אחורי, קביים קנדיות, קב אחד, טריפוד מקל הליכה

ב. תיאור תפקוד הישיבה הנוכחית של התלמיד

- ישיבה בסביבת הכיתה:
- ישיבה בשירותים:
- ביצוע מעברים לאסלה וחזרה:
- צרכים נוספים:
- (על בסיס סעיף ג' עבור תלמיד הזקוק לסיסא תלמיד או כיסא שירותים) LSS (level of sitting scale)

ג. הערכת הושבה (נדרש כאשר הבקשה הינה עבור כיסא תלמיד וכיסא שירותים)

Level of Sitting Scale- LSS

Sunny Hill Medical Center – Roslyn Livingston ,Lori Roxborough Debbie Field

תורגם באישור המחברות על ידי לורי רוזנברג, ורדית קינדלר ונעמי גפן בשיתוף בין בית הספר לריפוי בעיסוק של האוניברסיטה העברית והדסה ובית חולים אלי"ן

הנחיה למבצע ההערכה: מושיבים את המטופל על מיטה או ספסל ללא משענת גב וללא תמיכת משענת רגליים. המטופל צריך לשמור על המנח ל-30 שניות.

Level	Name	Description	תיאור	שם
1	Unplaceable	Child cannot be placed in sitting position or be held in sitting position by one person	לא ניתן להושיב את הילד במנח הבסיס או עם תמיכה של אדם אחד	לא ניתן להושיב
2	Supported from the head down	Child requires support of head, trunk and pelvis to maintain sitting position	הילד זקוק לתמיכה בראש, בכתפיים, גב ומותניים כדי לשמור על מנח בסיס	תמוך מהראש ומטה
3	Supported from the shoulders or trunk down	Child requires support of trunk and pelvis to maintain sitting position	הילד זקוק לתמיכה מהגב ומטה כדי לשמור על מנח בסיס	תמוך מהכתפיים או מהגב מטה
4	Supported at Pelvis	Child requires support of pelvis to maintain sitting position	הילד זקוק לתמיכה רק באזור המותניים	תמוך במותניים
5	Maintains position, does not move	Child maintains sitting position independently if he or she does not move	הילד מסוגל לשמור על מנח הבסיס אבל ללא תזוזה כלל	שומר על מנח ישיבה ללא תזוזה
6	Shifts trunk forward and re-erects	Child, without using hands support, can incline trunk at least 20 degrees , anterior to the	הילד מסוגל להעביר משקל קדימה 20 מעלות לפחות, ולחזור למרכז, ללא	מעביר משקל קדימה וחוזר למרכז



		vertical plain and re-erect	עזרת הידיים	
7	Shifts trunk laterally and re-erects	Child, without using hands support, can move one or both hands to the side of his or her body and can recover balance after inclining the trunk at least 20 degrees , to one or both sides of the midline	הילד מסוגל להעביר משקל לצד אחד או לשני הצדדים לפחות 20 מעלות ולחזור למרכז, ללא עזרת הידיים	מעביר משקל הצידה וחוזר למרכז
8	Shifts trunk backwards and re-erects	Child, without using hands support, can decline trunk at least 20 degrees , posterior to the vertical plain and re-erect	הילד מסוגל להעביר משקל אחורה לפחות 20 מעלות ולחזור למרכז ללא עזרת ידיים	מעביר משקל אחורה וחוזר למרכז

ד. סיכום בקשה להנגשת ריהוט מותאם ואביזרי עזר לתלמיד

לאחר תצפית על התלמיד ומיפוי צורכי ההושבה שלו, מצורף פירוט הריהוט הנדרש עבורו:

העלויות בהתאמה להצעת המחיר	שם היצרן של הפריט	פירוט של הדגם המדויק המבוקש	הפריט
			כיסא תלמיד מותאם לישיבה בכיתה
			שולחן תלמיד מותאם לישיבה בכיתה
			מנוף רצפה עם מנשא
			כיסא שירותים
			מיטת החתלה
			ארונית לציוד טיפולי אישי

שם מומחה תחום מוגבלויות פיזיות במתי"א _____ מקצוע _____
 מייל _____ טלפון _____
 חתימה מומחה תחום מוגבלויות פיזיות במתי"א _____

שם מדריך נגישות מחוזי _____ חתימה _____

*על מומחה תחום מוגבלויות פיזיות לשמור טופס לשם בקרה על הציוד שיירכש לתלמיד.



טופס 7א

טופס בקשה לאישור התאמות נגישות פרטנית מסוג טיולים ופעילויות חוץ בית ספריות לשנת הלימודים

תאריך: _____

לכבוד: הממונה המקצועי על יישום החוק (לפי העניין): רכז הנגישות במתי"א/מומחה תחום מוגבלויות פיזיות/מומחה תחום במתי"א/מומחה תחום לקויי ראייה/מנהל המרכז הטיפולי-חינוכי המחוזי לתלמידים כבדי שמיעה וחירשים / מדריך מחוז חרדי/ מדריך מחוז התיישבותי/ מומחה תחום מוגבלויות פיזיות בבתי הספר לחינוך מיוחד (מרב"ע או פיזיותרפיסט/ית).
א.נ.ג.נ.,

הנדון: טופס בקשה לאישור התאמות נגישות פרטנית מסוג טיולים ופעילויות חוץ בית ספריות

שם התלמיד: _____ ת"ז התלמיד: _____
תאריך לידה: _____ כיתה: _____
שם המסגרת חינוכית: _____
סמל המוסד: _____
מס' מגיש הבקשה (מס' ספק במרכ"ה / מס' ח.פ.): _____
האם המסגרת הינה בתחום רשמי / מוכר חרדי / מוכר לא חרדי / רשמי חרדי / התיישבותי

פירוט ההנגשות המומלצות

מספר סידורי	פירוט סוג ההתאמה – למילוי על ידי הוועדה	המלצת הוועדה (יש לסמן ✓ להנגשה הנדרשת)	החלטת מומחה תחום מוגבלויות פיזיות מאושר/נדחה	שם מומחה תחום מוגבלויות פיזיות	חתימת מומחה תחום מוגבלויות	עלות ההנגשה למילוי על ידי הרשות/בעלות
1	הסעה נגישה					
2	נגישון*					
מספר סידורי	פירוט סוג ההתאמה – למילוי על ידי הוועדה	החלטת מומחה תחום רלוונטי** מאושר/נדחה	שם מומחה תחום רלוונטי	חתימת מומחה תחום רלוונטי	עלות ההנגשה למילוי על ידי הרשות/בעלות	
3	בקשה לינה וכלכלה למלווה אישי לתלמיד במקרים שבהם הטיול/ הפעילות כוללת לינה					

***חובה אישור רופא (טופס 7 ב) על מנת לאשר התאמה מסוג נגישון.**

****מומחה תחום רלוונטי** (מומחה התחום הוא בגדר יועץ בלבד - באחריות מנהל המסגרת להעביר את החשבונית לרשות מקומית/לבעלות לשם הסדר תשלום):

- מוגבלות פיזיות ומחלות מיוחדות - מומחה תחום מוגבלויות פיזיות
- לקות ראייה - מומחה תחום לקויי ראייה מהמתי"א המתמחה
- לקות שמיעה - מנהל המרכז הטיפולי-חינוכי מחוזי לתלמידים כבדי שמיעה וחירשים
- שאר ההמלצות יועברו לחתימה למומחה התחום הרלוונטי במתי"א.

אישור הורים: שם ההורה: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

שם מנהל המוסד החינוכי: _____ חתימה: _____ תאריך: _____



טופס 7ב

אישור רופא לפעילות באמצעות נגישון עבור תלמיד נישא

(בהתאם לנוהל נגישון חלק 3 ב - אישורים)

א.נ/ ג.נ;

התלמיד _____ ת"ז. _____ שנת לידה _____

אבחנה: _____

יוצא לטיול/פעילות חוץ בית ספרית: _____ (פירוט)

בתאריך _____ למשך _____ ימים.

לשם נידות בשטח לא בנוי יתנייד התלמיד באמצעות "נגישון" לאורך כל המסלול/חלק מהמסלול, משך זמן ישיבה רצופה מוערך _____ דקות/שעות.

"נגישון", הינו אמצעי נידות מותאם לשטח, המאפשר ישיבה עם תמיכות מינימליות לגופו בעת הנשיאה.

[לתלמיד עם CP: GMFCS _____ MACS _____ CFCS _____]

מידע פיזי נוסף

משקל התלמיד _____ ק"ג גובה התלמיד _____

שליטת גב: _____ שליטת ראש: _____

הריני לאשר כי מבחינה רפואית ועל סמך היכרותי המקצועית עם התלמיד _____ הפעילות תואמת את יכולות התלמיד ואת מצבו הבריאותי.

שם הרופא _____

התמחות _____

חתימה וחותמת הרופא _____

אישור ההורים

אני מאשר לבני/ביתי _____ לצאת לפעילות חוץ בית ספרית ולהתנייד ב"נגישון". האמצעי נותן מענה מספק ליכולותיו בטיול. על פי אישור הרופא המטפל, נמסר לי כי אין מניעה ליציאת התלמיד מבחינת יכולותיו ומצבו הבריאותי.

שם ההורה _____ חתימת ההורה _____



טופס 7ג

תוכנית טיולים ופעילויות פנים וחוץ בית ספריות

שם התלמיד: _____ ת"ז: _____ תאריך לידה: _____

סוג המוגבלות: _____

שעות שבועיות סיוע בשגרה (אם יש): _____

שם בית הספר: _____ סמל המוסד: _____

שנת הלימודים: _____

סוג ההנגשה											
מועד הפעילות	מועד הפעילות	מועד הפעילות	מועד הפעילות	מועד הפעילות	מועד הפעילות	מועד הפעילות	מועד הפעילות	מועד הפעילות	מועד הפעילות	מועד הפעילות	
											הסעה נגישה
											נגישון
											סיוע בתשלום לינה וכלכלה עבור מלווה
											הטרמת תכנים, סדר היום וכדומה
											תזונה
											מתן טיפול תרופתי
											מקום מותאם לתלמיד לישיבה, לינה וכדומה ללא הפרדה ככל האפשר
											תכנים והמחשות מונגשות ומותאמות במהלך הטיול/ הפעילות
											בחירת אתרים מונגשים



פיצול מסלול ומינוי אחראי לכל מסלול											
מועד הפעילות	מועד הפעילות	מועד הפעילות	מועד הפעילות	מועד הפעילות	מועד הפעילות	מועד הפעילות	מועד הפעילות	מועד הפעילות	מועד הפעילות	מועד הפעילות	סוג ההנגשה
											הדרכה מהצוות לבעלי התפקידים הרלוונטיים, תוך שמירה על כבודם ופרטיותם של התלמידים
											שמירה על מכשירים וציוד בפעילויות מים

הריני לאשר את ההנגשות אשר הומלצו בישיבת צוות בין-מקצועי לתלמידי בית הספר המפורטות להלן.

שם מנהל/ת בית הספר: _____ התאריך: _____ חתימה: _____

שם ממונה מקצועי במתי"א: _____ התאריך: _____ חתימה: _____



טופס 7ד

תוכנית טיולים ופעילויות פנים חוץ בית ספריות –

טופס לרשות המקומית/הבעלות

שם בית הספר: _____ סמל המוסד: _____
שנת הלימודים: _____

הריני מאשר את ההנגשות אשר הומלצו בישיבת צוות בין-מקצועי לתלמידי בית הספר

שם התלמיד	שם תלמיד ת.ז. כיתה	מועד הפעילות	שם תלמיד ת.ז. כיתה	מועד הפעילות	שם תלמיד ת.ז. כיתה	מועד הפעילות	שם תלמיד ת.ז. כיתה	מועד הפעילות	שם תלמיד ת.ז. כיתה	מועד הפעילות	שם תלמיד ת.ז. כיתה	מועד הפעילות	מועד הפעילות
הסעה נגישה													
נגישון													
סיוע בתשלום לינה וכלכלה עבור מלווה													

המפורטות להלן:

*יש לצרף לנספח זה את טופס א7 – תכנון ההנגשות וחוות דעת מקצועיות לתלמיד/ה עם מוגבלות.

שם מנהל/ת בית הספר: _____ התאריך: _____ חתימה: _____



טופס 8

הודעת המסגרת החינוכית לרשות המקומית/בעלות על דחיית בקשה להתאמות נגישות פרטניות

לכבוד:

הרשות המקומית/בעלות

בהמשך לבקשת הורי התלמיד שהועברה אלינו, התקיים דיון בהשתתפות הצוות הרב-
מקצועי ביום _____ והוחלט לדחות את הבקשה מהנימוקים האלה:

פרטי התלמיד והמסגרת:

שם התלמיד: _____ ת"ז התלמיד: _____

כיתה: _____ שם המסגרת החינוכית: _____

סמל המוסד _____

בכבוד רב

מנהל המסגרת החינוכית

העתק:

- רכז הנגישות במתי"א/מדריך מחוז חרדי/מדריך מחוז התיישבותי



טופס 9

טופס ערר על החלטת התאמות נגישות פרטנית

תאריך: _____

לכבוד יושב ראש ועדת הנגישות המחוזית

שם המחוז: _____

א.נ./ג.נ.,

הנדון: טופס ערר על החלטת התאמות נגישות פרטנית

ברצוני לערער על התאמות ההנגשה שנקבעו לבני/בתי:

שם התלמיד/ה: _____ ת"ז: _____

תאריך לידה: _____ כיתה: _____

שם המסגרת החינוכית: _____ סמל המוסד: _____

שם הרשות המקומית/הבעלות: _____

הנימוקים לערעור: _____

יש לצרף לטופס זה את הודעת הרשות המקומית/הבעלות (טופס 8)

שם ההורה	תעודת זהות	חתימה

העתקים:

- הרשות המקומית/הבעלות
- מנהל המסגרת החינוכית



טופס 10

החלטת ועדת ערר מחוזית להתאמות נגישות פרטנית

תאריך: _____

לכבוד

הורי התלמיד/ה _____ ת"ז התלמיד: _____

כיתה: _____ שם המסגרת החינוכית: _____

מחוז: _____ סמל מוסד: _____

א.נ.ג.נ.,

הנדון: החלטת ועדת ערר מחוזית להתאמות נגישות פרטנית

ועדת ערר מחוזית לנגישות בישיבתה מיום _____ החליטה לדחות/לקבל (מחק את המיותר) את הערר שהוגש.

להלן פירוט ההחלטה והנימוקים:

החלטת ועדת הערר הינה סופית.

בברכה,

יושב ראש ועדת הערר במחוז _____

שם מלא _____ חתימה _____

העתקים:

- הרשות המקומית/הבעלות
- מנהל המסגרת החינוכית
- רכז הנגישות במתי"א/מדריך מחוז חרדי/מדריך מחוז התיישבותי