**טופס 9002**

**שם העמותה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**מס' עמותה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**טיפולי שיניים לנזקקים – נתונים:**

**על כל הנתונים להתייחס לשנת 2013**

|  |  |
| --- | --- |
| שם המרפאה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | שעות פתיחת המרפאה: |
|  |  |
| כתובת המרפאה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | ימים:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_שעות:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| טלפון:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ימים:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_שעות:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| שם הרופא האחראי:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | מס' רשיונו:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| איש קשר לברורים:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | מס' טלפון נייד:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| כמה עמדות טפול יש במרפאה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_עמדות |
|  |  |
| **1.** | **א.** | כמה שעות שבועיות מוקדשות במרפאה לטפול באוכלוסיה המופנית מלשכות הרווחה עם הפניה בכתב: |
|  |  |  |
|  |  | נזקקים\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שעות בשבוע. |
|  |  |  |
|  |  | קשישים נזקקים\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שעות בשבוע. |
|  |  |  |
|  | **ב.** | כמה שעות שבועיות מוקדשות לאוכלוסיה אחרת המופנית עם הפניה בכתב דרך משרד הרווחה או הבריאות: (כמו חולי נפש, שיקומיים וכו') |
|  |  |  |
|  |  | ציין סוגי האוכלוסיה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_שעות בשבוע\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | **ג.** | סה"כ שעות שבועיות לכל האוכלוסיות הנ"ל (א' ו-ב')\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שעות |
|  |  |  |
|  |  | **מספר כל המטופלים (א' ו-ב') שסיימו טיפול בשנה זו:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מטופלים** |
|  |  |  |
|  | **ד.** | סה"כ שעות בשנה לכל האוכלסיות הנ"ל (א' ו-ב') \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_שעות  |
|  |  |  |
| **2.** | **הוצאות:**  הוצאות המרפאה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ₪  |
|  |  |
|  |  כמה מההוצאות הנ"ל ניתנות למשכורות\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ₪  |
|  |  |
|  |  הכנסות המרפאה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ₪  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **3.** | האם היתה בקורת של רופא שיניים מחוזי במרפאה **כן / לא** אם כן, יש לצרף דו"ח סכום בקורת. |