**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. | | |