**-חסוי-**

**טופס מידע- הצהרה על מוגבלות**



שם העובד/ת: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

מס' תעודת זהות:

הערה מקדימה: חשוב להדגיש, כי אינך חייב/ת לענות על השאלות הבאות, כולן או חלקן

בכל מקרה, מובטח כי המידע שיועבר על ידך יישמר בסודיות ולא ייעשה בו שימוש לרעה.

1. האם את/ה אדם עם מוגבלות כלשהי? [ ]  כן [ ]  לא

**הגדרת אדם עם מוגבלות: (חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, ה'תשנ"ח-1998). "אדם עם לקות פיסית, נפשית או שכלית, לרבות קוגנטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים"**

1. אם כן, האם המוגבלות שלך היא:
2. [ ]  קבועה [ ]  זמנית
3. מוכרת על ידי: [ ]  המוסד לביטוח לאומי [ ]  משרד הבריאות [ ]  משרד הביטחון
4. סוג המוגבלות:
5. האם נדרשת לך התאמה כלשהי על מנת לבצע את תפקידך? [ ]  כן [ ]  לא

**מהי התאמה? שינוי, תוספת, אביזר או שירות הנדרשים עבור עובד עם מוגבלות מעבר לנדרש לעמיתו ללא מוגבלות, לשם השתלבותו המקצועית ולשם תפקוד יום יומי במקום העבודה ככל העובדים.**

 אם כן, איזו?