

טופס הערכת מצב הצעירה/טרם כניסה לשירות הלאומי ע"י פסיכיאטר/ית

הנני מאשר/ת כי הצעירה/ה: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

הנ"ל מועמד לשירות לאומי במסגרת תוכנית משלבים.  
**תוכנית משלבים** הינה תוכנית ארצית המאפשרת לצעירים עם מוגבלות בגילאי 18-23 להשתלב במערך השירות הלאומי הרגיל. לאחר סיום השירות הצעירים זכאים לזכויות של חיילים משוחררים. **תוכנית זו מהווה גשר לעולם העבודה והחברה ומהווה בסיס להמשך השכלה ורכישת מקצוע.**

כמו כן, אני מאשר/ת (סמן ) כי הצעירה/ה עומד/ת בתנאים הבאים, שהם התנאים ליציאה לשירות הלאומי במסגרת תוכנית 'משלבים':

○ במידה והיה/הייתה ניגשת/ת לזוועדה בביטוח לאומי, היום, היה/הייתה מקבלת/ת 40% נכות (לפחות) על רקע נפשי.

**או:**

○ שהוכרה/ה במוסד לביטוח לאומי ב- 40% (לפחות) על רקע של נכות נפשית.

**וגם:**

- הצעירה/ה עומד/ת בטיפול המומלץ.
- הצעירה/ה אינו/ה במצב של אובדנות פעילה.
- הצעירה/ה אינו מסוכן/ת לעצמו/ה או לסביבתו/ה.

הערות: \_\_\_\_\_

על החתום: \_\_\_\_\_

שם הרופא הפסיכיאטר

חותמת וחתימה

תאריך