



## טופס חדש עבור נוהל 4.4 נוהל שעות שירות מופחתות

בהקשר לנוהל 4.4, ובמיוחד סעיפים 4.4.6 ו-4.4.7 יובא בנוהל הטופס הבא, הנוהל מחלק בין בקשה בשל היעדר אפשרות למילוי שעות המכסה במקום השירות – מצב אשר מצריך אישור הגוף המפעיל, לבין בקשה בשל סיבות רפואיות וסוציאליות, אשר אינה מצריכה את אישור הגוף המפעיל אלא רק את יידועו.

עבור מתנדב/ת הבא מקרב "אוכלוסיות מיוחדות" כהגדרתה בחוק, אין צורך להגיש בקשה, היות ובהתאם לנוהל שעות שירות מופחתות, מכסת השעות המינימלית במקרה זה היא 30 ש"ש.

### טופס בקשה להפחתת שעות

שם מתנדב/ת: \_\_\_\_\_ מס' ת"ז: \_\_\_\_\_

הגוף המוכר: \_\_\_\_\_ שם הרכז/ת: \_\_\_\_\_

הגוף המפעיל: \_\_\_\_\_ מקום השירות: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

שם המנהל/ת במקום השירות: \_\_\_\_\_

מס' שעות השירות השבועיות המבוקש: \_\_\_\_\_ לתקופה של \_\_\_\_\_ חודשים.

### 1. בקשה בשל היעדר אפשרות למילוי שעות המכסה במקום השירות:

במקרה בו אין אפשרות למלא את שעות המכסה במקום השירות, והגוף המוכר עשה מאמץ לאתר מקום שירות נוסף לצורך השלמת המכסה, יכול הגוף המפעיל להגיש בקשה להפחתת שעות.

הסיבה להיעדר האפשרות (ימולא ע"י מנהל/ת מקום השירות):

---

---

---

---

---

שם מנהל/ת מקום השירות: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_  
חותמת: \_\_\_\_\_

פירוט המאמץ למציאת מקום שירות נוסף לצורך השלמת המכסה (ימולא ע"י רכז/ת הגוף המוכר):



מדינת ישראל

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

מס' שעות השירות השבועיות המבוקש: \_\_\_\_\_ לתקופה של \_\_\_\_\_ חודשים.  
הריני מאשרת בזה כי לא הצלחנו למצוא מקום להשלמת המכסה עבור המתנדב/ת.  
שם הרכז/ת: \_\_\_\_\_ שם הגוף המוכר: \_\_\_\_\_  
תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

2. בקשה בשל סיבה אחרת:

נא לפרט על סיבת הבקשה ולצרף מסמכים הנוגעים לענין:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

מס' שעות השירות השבועיות המבוקש: \_\_\_\_\_ לתקופה של \_\_\_\_\_ חודשים.  
אני מצהיר/ה כי הבקשה להפחתת שעות שירות הובאה לידיעת הגוף המפעיל.  
שם נציג הגוף המפעיל שהבקשה הובאה לידיעתו: \_\_\_\_\_ תפקיד: \_\_\_\_\_  
תאריך ההודעה: \_\_\_\_\_

שם נציג/ת הגוף המוכר: \_\_\_\_\_ חתימת נציג/ת הגוף המוכר: \_\_\_\_\_  
תאריך: \_\_\_\_\_ חותמת הגוף המוכר: \_\_\_\_\_

-----



---

מדינת ישראל

למילוי ע"י הרשות עבור כל הבקשות

המלצת הממונה ברשות:

---

---

החלטת המנהל:

מאשר הפחתת שעות ל- \_\_\_\_ ש"ש לתקופה של \_\_\_\_ חודשים  לא מאשר

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המנהל \_\_\_\_\_ חותמת המנהל