

פברואר 2025

טופס 17

**הזמנת ואישור הנגשת תרגום באופן מקוון לשפת הסימנים
עבור הורה עם מוגבלות בשמיעה:**

חלק א' - הזמנת הבקשה לתרגום מקוון לשפת הסימנים:

לכבוד ספק השירות: "סימן שנגיש" באמצעות הדוא"ל: talbousidan@gmail.com

שם ההורה: _____ ת.ז: _____
שם התלמיד/ה: _____ ת.ז: _____
מחוז: _____ הרשות המקומית/ הבעלות בה לומד/ת התלמיד/ה: _____
שם המסגרת החינוכית: _____ סמל מוסד: _____
טלפון המסגרת החינוכית: _____ מייל: _____
שם איש/אשת הקשר במסגרת החינוכית: _____ טלפון: _____

יש למלא בטבלה את פירוט הבקשה בשורה המתאימה:

שעה מתוכננת לסיום הפעילות	שעה מתוכננת להתחלת הפעילות	תאריך הפעילות	סמנו את מספר יחידות הזמן הנדרש לפעילות = 1 יחידה = 20 דקות	סמנו את השפה בה מבוקש השירות שס"י (שפת סימנים ישראלית) עברית או ערבית, או שפת סימנים רוסית	סמנו את סוג הפעילות אליה מוזמנים ההורים במסגרת החינוכית
			☐ 1 יחידה	☐ שס"י (עברית/ערבית) ☐ שפת סימנים רוסית	שיחת הורים אישית
			☐ 1 יחידה ☐ 2 יחידות ☐ 3 יחידות	☐ שס"י (עברית/ערבית) ☐ שפת סימנים רוסית	אספת הורים כיתתית מקוונת
			☐ 1 יחידה ☐ 2 יחידות ☐ 3 יחידות	☐ שס"י (עברית/ערבית) ☐ שפת סימנים רוסית	ישיבת צוות רב מקצועי

שם מנהל/ת המוסד החינוכי / יו"ר ועדת זכאות ואפיון _____

חתימה וחותמת: _____ תאריך: _____

חלק ב' - אישור הספק את הבקשה לתרגום מקוון לשפת הסימנים:

לכבוד מנהל/ת המסגרת החינוכית/יו"ר ועדת זכאות ואפיון: _____

באמצעות הדוא"ל: _____

הרינו לאשר את ההזמנה בתאריך: _____ לתרגום לשפת סימנים: (נא לסמן)

☐ שס"י (עברית/ערבית) ☐ שפת סימנים רוסית

שעת התחלה הפעילות: _____ שעת סיום הפעילות: _____

מצורף קישור לשיחת הוידאו באמצעותה יתבצע התרגום

פרטי התקשרות עם המתורגמן/מתמלל:

שם: _____ טלפון המתורגמן/מתמלל: _____

מייל: _____

שם ספק השירות: "סימן שנגיש" חתימה וחותמת הספק: _____ תאריך: _____

חלק ג' - אישור המסגרת החינוכית את קיום מפגש התרגום המקוון

לשפת הסימנים/תמלול:

לכבוד בקרה על השירות באמצעות הדוא"ל: ttpm@matya365.org.il

לכבוד ספק השירות "סימן שנגיש" באמצעות הדוא"ל: talbousidan@gmail.com

הריני לאשר שבתאריך: _____ התבצע תרגום לשפת סימנים: (נא לסמן)

☐ שס"י (עברית/ערבית) ☐ שפת סימנים רוסית

על ידי המתורגמן: _____

שעת התחלה הפעילות: _____ שעת סיום הפעילות: _____

שם מנהל/ת המוסד החינוכי/ יו"ר ועדת זכאות ואפיון: _____

חתימה וחותמת: _____ תאריך: _____

יש לשמור העתק טופס זה במסגרת החינוכית/במתי"א/במרכז החינוכי טיפולי לתלמידים כו"ח.

הספק נדרש לשמור העתק טופס זה מלא וחתום לצורך בקרה.