

אישור על מוגבלות

הנני לאשר, כי _____ מס' ת.ז. _____, _____,
הוא אדם עם מוגבלות כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח - 1998, ונוקק
לסיוע אישי בשל מוגבלותו.

המוגבלות היא מוגבלות קבועה ואינה צפויה לחלוף*

תאריך _____ חתימה וחותמת הרופא _____

הגדרת אדם עם מוגבלות

(לפי סעיף 5 לחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח - 1998):

"אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית,

קבועה או זמנית*, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי

בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים".

* מוגבלות זמנית שתחלוף תוך 60 יום אינה נחשבת למוגבלות לצורך היעדרות מהעבודה