

תאריך הדפסת האישור: 2024

יפוי כוח מתמשך

טופס זה נכתב בלשון זכר אך מיועד לנשים ולגברים כאחד

פרטים מזהים של הממנה

אני החתום מטה

שם פרטי: [REDACTED] שם משפחה: [REDACTED]
תעודת זהות: [REDACTED]
מקום מגורים קבוע: [REDACTED]
ארץ ישראל יישוב אשקלון

פרטי התקשרות של הממנה

אני מבקש לקבל הודעות מהאפוסטרופוס הכללי באחת מהדרכים האלה:

בכתובת דואר
ארץ ישראל יישוב אשקלון רחוב: [REDACTED]
מספר: [REDACTED] כניסה: [REDACTED] מיקוד: [REDACTED] מספר ת.ד.: [REDACTED] מיקוד ת.ד.: [REDACTED]
בכתובת הדואר האלקטרוני: [REDACTED]@gmail.com
בשליחת מסרון (SMS) לטלפון נייד: 052 [REDACTED]

תאריך הדפסת האישור 2024

פרטי מיופי הכוח והנושאים להם הוסמכו

אני ממנה ומייפה את כוחו של

1.

שם פרטי

שם משפחה

תעודת זהות

אני מצהיר/ה כי ביני לבין מיופה הכוח קיימת הקרבה המשפחתית הבאה: בת
מיופה הכוח מבקש/ת לקבל הודעות מהאפוסטרופוס הכללי באחת מהדרכים האלה:
בכתובת דואר

ארץ ישראל

יישוב אשקלון

רחוב

כניסה

מיקוד

מספר ת.ד.

מיקוד ת.ד.

בכתובת הדואר האלקטרוני

@gmail.com

בשליחת מסרון (SMS) לטלפון נייד 052

אני מייפה את מיופה כוחי לקבל החלטות, לבצע פעולות ולייצג אותי בעניינים האלה:

בכל העניינים הרכשיים

בכל העניינים האישיים

בכל העניינים הרפואיים

2.

שם פרטי

שם משפחה

תעודת זהות

אני מצהיר/ה כי ביני לבין מיופה הכוח קיימת הקרבה המשפחתית הבאה: בת
מיופה הכוח מבקש/ת לקבל הודעות מהאפוסטרופוס הכללי באחת מהדרכים האלה:
בכתובת דואר

ארץ ישראל

יישוב אשקלון

רחוב

מספר

בכתובת הדואר האלקטרוני

כניסה

מיקוד

מספר ת.ד.

מיקוד ת.ד.

@gmail.com

בשליחת מסרון (SMS) לטלפון נייד 054

אני מייפה את מיופה כוחי לקבל החלטות, לבצע פעולות ולייצג אותי בעניינים האלה:

בכל העניינים הרכשיים

בכל העניינים האישיים

בכל העניינים הרפואיים

יחסים בין מיופי הכוח

אופן הפעולה בין מיופי הכוח בעניינים הרכשיים הוא: ביחד ולחוד
אופן הפעולה בין מיופי הכוח בעניינים האישיים הוא: ביחד ולחוד
אופן הפעולה בין מיופי הכוח בעניינים הרפואיים הוא: ביחד ולחוד

הנחיות מקדימות למיופה הכוח

מועד הכניסה לתוקף של ייפוי הכוח יהיה במועד שבו אחדל להבין בעניינים בהם ניתן ייפוי הכוח

☒ ידוע לי כי בהעדר הוראה מיוחדת הקביעה כי אני מסוגל להבין בדבר תהיה על פי חוות דעת מומחה לפי חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב-1962 (להלן – החוק)

אני מבקש לקבוע כי המועד בו אחדל להבין בדבר ייקבע באופן הבא:

• אני מבקש לקבוע הוראה מיוחדת לעניין זה:

1. בנוסף להוראות החוק אבקש לאפשר גם לרופא משפחה (שאינו בהכרח רופא מומחה) לתת חוות דעתו ולהפעיל את ייפוי הכוח בהתאם לחוות דעתו.

מועד הכניסה לתוקף לעניינים הרכושיים כולם/חלקם (לפי הפירוט) יהיה בתאריך (סעיף רשות)

☐ ברצוני לקבוע כי יהיה על מיופה הכוח ליידע אדם אחד או יותר (כמפורט למטה) טרם מסירת הודעה לאפוטרופוס הכללי על כניסת ייפוי הכוח לתוקף (סעיף רשות).

ברצוני לתת הנחיות מקדימות למיופה הכוח כדלקמן (סעיף רשות):

1. [Redacted]

עניינים המחייבים הסמכה מפורשת לפי סעיף 32 ו-(ג) ו-(ז) לחוק

☒ ברצוני להסמיך את מיופה הכוח גם בעניינים האלה שבהם נדרשת הסמכה מפורשת, לרבות מתן מתנות, הלוואות, תרומות, ביצוע פעולות במוצרים פנסיונים, השקעות, פקדונות, פעולות משפטיות ששווין עולה על 100,000 ש"ח, כרטיסי חיוב, ביצוע פעולות רכושיות באמצעות האינטרנט, פעולה משפטית בהתאם לסעיף 32 ו-(ז) ועוד (סעיף רשות – אם סומן סעיף זה, יש לפרט בתיבה מטה את העניינים להם מוסמך מיופה הכוח)

1. [Redacted]
2. [Redacted]

☒ ברצוני להסמיך את מיופה הכוח לתת הסכמה לבדיקה, לטיפול, לאשפוז פסיכיאטרי או לשחרור מאשפוז כאמור, בבית חולים פסיכיאטרי או במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי.

☐ אני מבקש להורות כי מיופה הכוח לא יהיה מוסמך לקבל החלטות בעניינים הנוגעים לבדיקה או לטיפול פסיכיאטרי בקהילה ולקבלת מידע בנוגע לבדיקה, טיפול או אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי או במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי.

☐ ברצוני להסמיך את מיופה הכוח לתת הסכמה לבדיקה, לטיפול, לאשפוז פסיכיאטרי או לשחרור מאשפוז כאמור, גם אם במועד שבו תתבקש הסכמתו של מיופה הכוח אתנגד לכך, וזאת לאחר שקיבלתי הסבר על כך מפסיכיאטר וחתמתי בפניו.

הנחיות לעניין פקיעת תוקפו של ייפוי הכוח

ידוע לי, כי ייפוי הכוח יפקע אם יחדלו להתקיים במיופה הכוח תנאי הכשירות שבחוק, או אם מיופה הכוח יודיע לי או לקרובי בכתב כי אינו מעוניין לשמש כמיופה כוח, או בהתקיים התנאים הקבועים בסעיף 32כב לחוק.

הוראות אחרות לפקיעת ייפוי הכוח (סעיף רשות):

☒ ברצוני לקבוע כי ייפוי הכוח המתמשך יעמוד בתוקפו גם אם אודיע על רצוני לבטל כשלא אהיה בעל כשירות לחתום על ייפוי כוח (סעיף רשות). שימו לב, אם סומן סעיף זה והממנה מעוניין לבטל את ייפוי הכוח לאחר הכניסה לתוקף, עליו לפנות לאישור ביהמ"ש.

מיועדים ומסירת מידע לאחר כניסת ייפוי הכוח לתוקף

מסירת מידע לקרובי משפחה

אבקש להעביר מידע על ייפוי הכוח המתמשך לכל קרובי משפחתי הזכאים למידע בהתאם לסעיף 80 לחוק

הפקדת ייפוי כוח לפי חוק החולה הנטול למות

אני מצהיר/ה כי ביום חתמתי על ייפוי כוח רפואי מכוח חוק החולה הנטול למות.

אני מצהיר/ה כי ביום הפקדתי את ייפוי הכוח הרפואי מכוח חוק החולה הנטול למות במשרד הבריאות



מדינת ישראל
משרד המשפטים

תאריך הדפסת האישור 2024

מועד הנפקת מסמך: 11:16 2024

תיק מספר:

עמוד 6 מתוך 11

תאריך הדפסת האישור: 2024/

חתימות

חתימת הממנה

הנני הח"מ מאשר/ת כי אני מבין/ה את משמעות מתן ייפוי הכוח, מטרותיו ותוצאותיו וכי ייפוי הכוח ניתן בהסכמה חופשית ומרצון, מבלי שהופעלו עלי לחץ או השפעה בלתי הוגנת ובלא ניצול מצוקתי או חולשתי.

תאריך X

שם פרטי

שם משפחה

חתימת הממנה X

1. הסכמת והצהרת מייפוי הכוח

הנני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

אני מסכים/ה לשמש מיופה כוח של:

שם פרטי

שם משפחה

מספר זיהוי

לאחר שהוסברה לי משמעות ייפוי הכוח ולאחר שקראתי והבנתי את משמעותו, האחריות והסמכויות לפיו. ולאחר שהוסבר לי מהם העניינים שאינם בסמכותי ומהם העניינים המחייבים אישור בית משפט. אני עומדת/ת בתנאי הכשירות לשמש מיופה כוח הקבועים בסעיף 32ג(א) לחוק.

שם פרטי

שם משפחה

תעודת זהות

תאריך החתימה X

חתימת מיופה הכוח X

אימות והצהרת העו"ד בפניו חתם/ה מיופה הכוח

תאריך הדפסת האישור 2024

אני מצהיר/ה כי ביום X

חתם/ה בפני מיופה הכוח

תעודת זהות

לאחר שקרא/ה את ייפוי הכוח המתמשך, הבין/ה את משמעותו, אחריותו וסמכויותיו לפיו.
באתי על החתום

שם פרטי X

מספר רישיון X

חתימת עו"ד שבפניו חתם מיופה כוח X

תאריך החתימה X



2. הסכמת והצהרת מיופי הכוח

הנני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

אני מסכים/ה לשמש מיופה כוח של:

שם פרטי

שם משפחה

מספר זיהוי

לאחר שהוסברה לי משמעות ייפוי הכוח ולאחר שקראתי והבנתי את משמעותו, האחריות והסמכויות לפיו, ולאחר שהוסבר לי מהם העניינים שאינם בסמכותי ומהם העניינים המחייבים אישור בית משפט, אני עומד/ת בתנאי הכשירות לשמש מיופה כוח הקבועים בסעיף 32ג(א) לחוק.

שם פרטי

שם משפחה

תעודת זהות

תאריך החתימה X

חתימת מיופה הכוח X

אימות והצהרת עו"ד בפניו חתם/ה מיופה הכוח

תאריך הדפסת האישור 2024

אני מצהיר/ה כי ביום X

חתם/ה בפני מיופה הכוח

תעודת זהות

לאחר שקרא/ה את ייפוי הכוח המתמשך, הבין/ה את משמעותו, אחריותו וסמכויותיו לפיו, באתי על החתום

שם פרטי X

שם משפחה X

מספר רישיון X

חתימת עו"ד שבפניו חתם מיופה כוח X

תאריך החתימה X



חותמת



חתימת עורך הדין שבפניו נחתם ייפוי הכוח

אני מצהיר/ה כי ביום X

חתם בפני הממנה

מספר זהו

1. זיהיתי את הממנה לפי תעודת הזהות או הדרכון הזר הנ"ל ולפי תאריך הלידה במסמך המזהה נוכחתי כי הוא בגיר.

2. מצאתי כי הממנה:

☒ אינו אדם עם מוגבלויות הזקוק להתאמה.

☐ אדם עם מוגבלות (לרבות אדם שאינו דובר עברית) ואלו דרכי ההתאמה שנקטו על ידי בעת החתימה על ההנחיות המקדימות (לרבות תרגום):

3. הסברתי לממנה כי באפשרותו לקבוע אדם שתימסר לו הודעה על כניסת ייפוי הכוח לתוקף, אדם מיועד שיקבל דיווח כמפורט לעיל, ואת היקף המידע שיימסר לו ולקרובי משפחתו של הממנה.

תאריך הדפסת האישור: 2024

4. הסברתי לממנה כי האדם המידוע אינו יכול להיות קרוב משפחה של מיופה הכוח (אלא אם כן מיופה הכוח הוא קרוב משפחה של הממנה).

5. הסברתי לממנה, ללא נוכחות מיופי הכוח, בנוגע לפרטים שבחוק המפורטים להלן, והוא הבין את הסבריי:

☒ המשמעויות המשפטיות של ייפוי כוח מתמשך

☒ החלופות הקיימות בדיון לייפוי כוח מתמשך, לרבות הנחיות מקדימות לצורך מינוי אפוטרופוס, החלטות עתידיות שיתקבלו בשמו או פעולות שיינקטו בשמו על ידי האפוטרופוס, תומך בקבלת החלטות

☒ עניינים שניתן לכלול בייפוי כוח מתמשך ובכלל זה הוראות לעניין מועד כניסתו לתוקף, הנחיות מקדימות, הגבלה לסוגי עניינים והוראות בעניין ידוע ומסירת מידע.

☒ פעולות שמיופה הכוח לא יהיה רשאי לבצע ללא הסמכה מפורשת בייפוי הכוח כאמור בסעיף 32(ג) לחוק

☒ כי מיופה הכוח לפי ייפוי כוח מתמשך, גם אם הוא לעניינים בריאותיים - אינו מוסמך לקבל החלטות, לתת הוראות או לבצע פעולות הקשורות לטיפול רפואי בסוף החיים, לפי חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005

☒ פעולות שמיופה הכוח לא יהיה רשאי לבצע ללא אישור בית המשפט מראש כאמור בסעיף 32(ד) לחוק

☒ האפשרויות לבטל את ייפוי הכוח או לקבוע שהוא יעמוד בתוקפו גם אם הממנה יבקש לבטלו כשלא יהיה בעל כשירות.

6. נוכחתי לדעת כי הממנה מבין/ה את משמעות ייפוי הכוח, מטרותיו ותוצאותיו והתרשמותי כי הממנה הוא בעל כשירות לזי ייפוי הכוח ניתן על ידו בהסכמה חופשית ומרצון בלא שהופעלו על הממנה לחץ או השפעה בלתי הוגנת ובלא ניצול מצוקתו או חולשתו של הממנה.

7. התרשמתי כי מתקיימים בממנה תנאי הכשירות הקבועים בחוק.

8. אני מצהיר/ה שעברתי הכשרה לפי סעיף 32 יד לחוק.

9. אני מצהיר/ה שאין לי עניין אישי בייפוי הכוח.

10. אני מצהיר/ה שבדקתי עם מיופה הכוח כי הוא עומד בתנאי הכשירות הקבועים בסעיף 32ג לחוק.

שם הממנה

באתי על החתום

שם פרטי שם משפחה

תאריך הדפסת האישור 2024

מספר רישיון



חותמת



תאריך החתימה: X 24

חתימת עו"ד שבפניו חתם הממנה X