

מאי 2023

## נוהל הנגשה של תרגום לשפת הסימנים/תמלול עבור הורה עם מוגבלות בשמיעה:

הורים כבדי שמיעה וחירשים זכאים להשתתף בכלל הפעילויות הבית ספרית המיועדות להורים, לקבל את כלל המידע המועבר להורים ולהיות בקשר עם הצוות החינוכי, כשאר ההורים בביה"ס. חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות התשנ"ח - 1988 מחייב הנגשת הפעילויות הללו לכלל ההורים בלא שתפגע השתתפותם מחמת מוגבלותם.

לצורך יישום החוק והתקנות, משרד החינוך מסייע לרשויות מקומיות ולבעלויות על מוסדות החינוך הפועלים ברישיון ומתוקצבים על ידי משרד החינוך, בהתאם למדיניותו ולפנים משורת הדין, בהשתתפות במימון ההנגשה הפרטנית.

בכל מקרה, כל החלטה של משרד החינוך שלא להשתתף במימון (באופן מלא או חלקי) אינה גורעת מהחובה של הבעלות על מוסד החינוך לספק את ההתאמות הנדרשות.

**משרד החינוך ממשיך בשנת הלימודים התשפ"ג בפיילוט למימון הנגשה מקוונת של פעילויות המסגרת החינוכית להורים כבדי שמיעה וחירשים, באמצעות תרגום לשפת סימנים ו/או תמלול, על פי הנוהל הרצ"ב.**

**מימון הנגשת אירועים ופעילויות הדורשים נוכחות מתורגמנית באירוע (פעילויות רבות משתתפים שאינן מקוונות כגון טקסים, אספת הורים כיתתית שאינה מקוונת, מסיבות בשיתוף ההורים ועוד) הוא באחריות הרשות המקומית/בעלות.**

א. קהל יעד: הורים עם מוגבלות בשמיעה שמסתייעים בתרגום לשפת הסימנים או תמלול

ב. פעילויות עבורן ניתן לבקש את השירות:

| הפעילות   | זמן מוקצה לפעילות           |
|---|-----------------------------|
| שיחות הורים אישיות  | יוקצה עד 20 דקות – 1 יחידה  |
| אסיפת הורים כיתתית מקוונת   | יוקצה עד 60 דקות – 3 יחידות |
| ישיבות צוות רב מקצועי: וועדות זכאות ואפיון, פילוח תמיכות, ישיבת תל"א ותח"י ועוד | יוקצה עד 60 דקות – 3 יחידות |

**1 יחידת זמן = 20 דקות**

ג. מהות השירות: תרגום מקוון לשפת הסימנים או תמלול.

ד. היקף השירות במהלך שנת הלימודים: עד 6 פעמים בשנה עבור כל ילד/ה להורה עם מוגבלות בשמיעה. במקרים חריגים ניתן לבקש הרחבה.

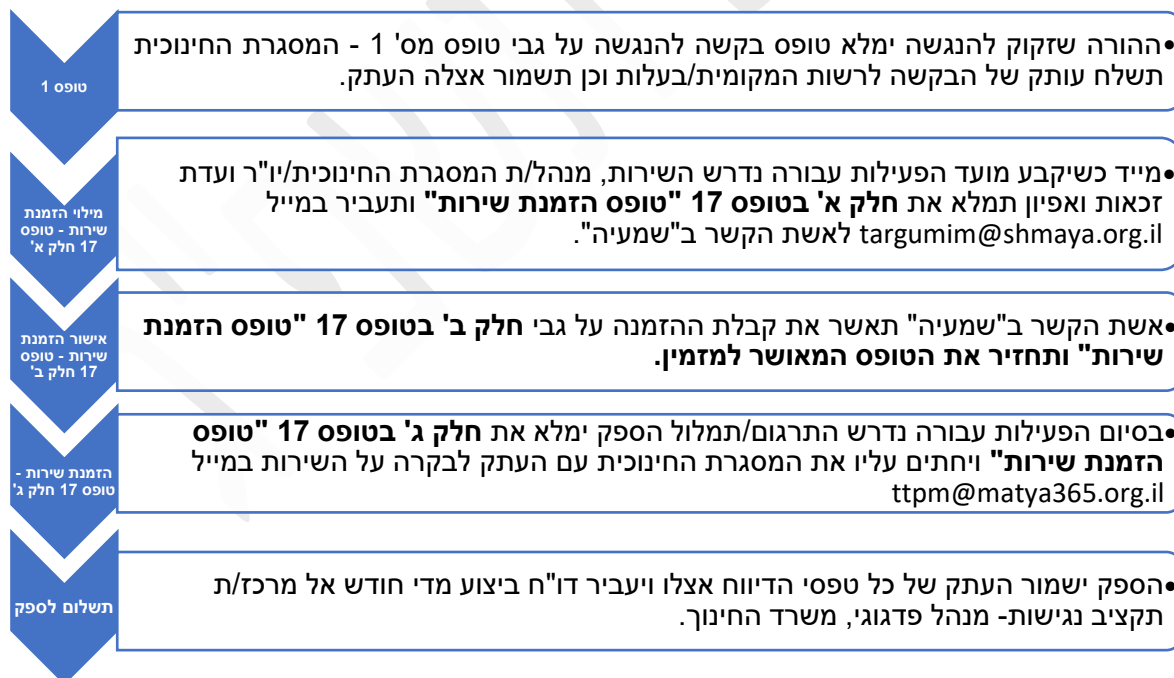
ה. נוהל אספקת השירות:

1. כל מסגרת חינוכית תמפה בתחילת השנה את ההורים עבורם נדרשת הנגשה לשפת הסימנים/תמלול. הורים אלו ימלאו טופס בקשה להנגשה (טופס מס' 1). המסגרת החינוכית תשלח עותק של הבקשה לרשות המקומית/בעלות וכן תשמור אצלה העתק. אם הוגש הטופס בתשפ"ב אין צורך להגישו שוב.

2. יש להיערך מראש לכל הזמנת שירות:

- תיאום מועד הפעילות לפחות שבועיים מראש מול הספק
- תחימת זמן הפעילות בהתאם ליחידות הזמן המבוקשות.

- הימצאות מחשב כולל מצלמה ומיקרופון/רמקול המחובר לאינטרנט, בחדר בו תתבצע הפעילות.  
(לא מומלץ לקיים תרגום באמצעות הפלאפון).
- הזמנת "זום" לצורך ביצוע התרגום/תמלול המקוון.
- 3. **מייד כשיקבע מועד הפעילות עבורה נדרש השירות, על מנהל/ת המסגרת החינוכית או יו"ר ועדת זכאות ואפיון למלא את חלק א' בטופס 17 "טופס הזמנת שירות" ולהעבירו במייל [targumim@shmaya.org.il](mailto:targumim@shmaya.org.il) לאשת הקשר ב"שמעיה".**
- 4. **אשת הקשר ב"שמעיה" תאשר את קבלת ההזמנה על גבי חלק ב' בטופס 17 "טופס הזמנת שירות". במקרה שהספק אינו יכול לספק את השירות בשעה הנקובה על מנהל/ת המסגרת החינוכית/יו"ר הועדה לתאם מול הספק שעה חליפית.**
- 5. **לאחר קבלת פרטי המתורגמן/מתמלל מהספק, באחריות המסגרת החינוכית לשלוח את הקישור לזום אל המתורגמן/מתמלל.**
- 6. **בסיום הפעילות עבורה נדרש התרגום/תמלול, הספק ימלא את חלק ג' בטופס 17 "טופס הזמנת שירות" ויחתיים עליו את המסגרת החינוכית.**
- 7. **הספק יעביר העתק חתום של כלל חלקי טופס 17 לבקרה על השירות במייל [ttpm@matya365.org.il](mailto:ttpm@matya365.org.il)**
- 8. **הספק ישמור העתק של כל טפסי הדיווח אצלו ויעביר דו"ח ביצוע מדי חודש אל מרכז/ת תקציב נגישות- מנהל פדגוגי, משרד החינוך.**



**אשת הקשר של הספק: פנינה כהן מ"שמעיה" בטלפון 0737947213**

**מייל [targumim@shmaya.org.il](mailto:targumim@shmaya.org.il)**

## **בכל שאלה והתלבטות אנא פנו אל מדריכת הנגישות המחוזית**

| מחוז           | שם המדריכה             | טלפון       | מייל   |
|----------------|------------------------|-------------|--|
| דרום           | עדי לוין               | 052-8480870 | <a href="mailto:adilevin24@matya365.org.il">adilevin24@matya365.org.il</a>   |
| מרכז           | רוני קן<br>דרור בן עמי | 050-9544052 | <a href="mailto:roni.ken@matya365.org.il">roni.ken@matya365.org.il</a>       |
| תל אביב        | יעל אדמוני             | 054-5754376 | <a href="mailto:saridandyael@gmail.com">saridandyael@gmail.com</a>           |
| ירושלים ומנח"י | ציקי רז                | 052-5269158 | <a href="mailto:Tzikiraz1@gmail.com">Tzikiraz1@gmail.com</a>                 |
| חיפה           | חגית רובין             | 054-4287734 | <a href="mailto:hagit.rubin@matya365.org.il">hagit.rubin@matya365.org.il</a> |
| צפון           | הלא עראף               | 054-7451050 | <a href="mailto:hala.arraf@matya365.org.il">hala.arraf@matya365.org.il</a>   |
| חרדי           | חגית דהן               | 050-4302642 | <a href="mailto:hagit.dahan@matya365.org.il">hagit.dahan@matya365.org.il</a> |
| התיישבותי      | חגית דהן               | 050-4302642 | <a href="mailto:hagit.dahan@matya365.org.il">hagit.dahan@matya365.org.il</a> |

### **נאוה ניב**

מפקחת ארצית ממונה

הפיקוח על תלמידים עם מוגבלות חושים ונגישות פרטנית

אגף א' לחינוך מיוחד

#### **דנית טמיר וחגית רובין**

מדריכות ארציות להנגשה פרטנית  
אגף א' לחינוך מיוחד

#### **חגית אופק**

מדריכה ארצית לאודיולוגיה חינוכית ונגישות  
הפיקוח על תלמידים עם מוגבלות חושים  
אגף א' לחינוך מיוחד

### **העתקים:**

- גב' אינה זלצמן, סמנכ"לית בכירה, ומנהלת המינהל הפדגוגי
- גב' אורנה פז, מנהלת אגף א' (חינוך קדם-יסודי) המינהל הפדגוגי
- גב' אתי סאסי, סגנית בכירה למנהלת המינהל הפדגוגי
- גב' דאסי בארי, מנהלת אגף א' (חינוך על יסודי) המינהל הפדגוגי
- מפקחות מתאמות
- איגוד מנהלי מחלקות חינוך
- מנהלות מתי"א
- מנהלות מרכזי כו"ח

## טופס 17

### הזמנת ואישור הנגשת תרגום לשפת הסימנים/תמלול עבור הורה עם מוגבלות בשמיעה:

#### חלק א' - הזמנת הבקשה לתרגום לשפת הסימנים/תמלול:

לכבוד ספק השירות: "שמעיה" באמצעות הדוא"ל: [targumim@shmaya.org.il](mailto:targumim@shmaya.org.il)

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 לסיים הפעילות | שעה להתחלת הפעילות | תאריך הפעילות | סמנו את מספר יחידות הזמן הנדרש לפעילות<br>1 יחידה = 20 דקות  | סמנו את סוג השירות המבוקש ואת שפת השירות<br><br>שס"י (שפת סימנים ישראלית)<br>שס"ר (שפת סימנים רוסית)          | סמנו את סוג הפעילות אליה מוזמנים ההורים במסגרת החינוכית |
|---------------------------|--------------------|---------------|--|---|---|
|                           |                    |               | 1 יחידה <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> שפ"ת<br><input type="checkbox"/> שס"י (עברית/ערבית)<br><input type="checkbox"/> שס"ר | שיחת הורים אישית  |
|                           |                    |               |  | <input type="checkbox"/> עברית<br><input type="checkbox"/> ערבית<br><input type="checkbox"/> רוסית            |   |
|                           |                    |               | 1 יחידה <input type="checkbox"/><br>2 יחידות <input type="checkbox"/><br>3 יחידות <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> שפ"ת<br><input type="checkbox"/> שס"י (עברית/ערבית)<br><input type="checkbox"/> שס"ר | אסיפת הורים כיתתית מקוונת                               |
|                           |                    |               |  | <input type="checkbox"/> עברית<br><input type="checkbox"/> ערבית<br><input type="checkbox"/> רוסית            |   |
|                           |                    |               | 1 יחידה <input type="checkbox"/><br>2 יחידות <input type="checkbox"/><br>3 יחידות <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> שפ"ת<br><input type="checkbox"/> שס"י (עברית/ערבית)<br><input type="checkbox"/> שס"ר | ישיבת צוות רב מקצועי                                    |
|                           |                    |               |  | <input type="checkbox"/> עברית<br><input type="checkbox"/> ערבית<br><input type="checkbox"/> רוסית            |   |

שם מנהל/ת המוסד החינוכי/יו"ר ועדת זכאות ואפיון \_\_\_\_\_  
 חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_



משרד החינוך  
המנהל הפדגוגי  
אגף א' לחינוך מיוחד

## חלק ב' - אישור הספק את הבקשה לתרגום לשפת הסימנים/תמלול:

לכבוד מנהל/ת המסגרת החינוכית/יו"ר ועדת זכאות ואפיון: \_\_\_\_\_  
באמצעות הדוא"ל: \_\_\_\_\_  
הרינו לאשר את ההזמנה בתאריך: \_\_\_\_\_ לתרגום מסוג: (יש לסמן את הרלוונטי)  
שפת הסימנים:  שס"י  שס"ר  תמלול:  עברית  ערבית  רוסית  
שעת התחלה הפעילות: \_\_\_\_\_ שעת סיום הפעילות: \_\_\_\_\_

פרטי התקשרות עם המתורגמן/מתמלל:  
שם: \_\_\_\_\_ טלפון המתורגמן/מתמלל: \_\_\_\_\_  
מייל: \_\_\_\_\_

שם ספק השירות: "שמעיה" חתימה וחותמת הספק: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

## חלק ג' - אישור המסגרת החינוכית את קיום מפגש התרגום לשפת

### הסימנים/תמלול:

לכבוד בקרה על השירות באמצעות הדוא"ל: [ttpm@matya365.org.il](mailto:ttpm@matya365.org.il)  
לכבוד ספק השירות "שמעיה" באמצעות הדוא"ל: [targumim@shmaya.org.il](mailto:targumim@shmaya.org.il)

הריני לאשר שבתאריך: \_\_\_\_\_ התבצע תרגום מסוג: (יש לסמן את הרלוונטי)  
שפת הסימנים:  שס"י  שס"ר  תמלול:  עברית  ערבית  רוסית  
על ידי המתורגמן/מתמלל: \_\_\_\_\_  
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.