

נספח א'

אל: מפקד בית סוהר

תאריך: \_\_\_\_\_

בקשה להתייחדות האסיר/עצור

1. פרטי האסיר/עצור

מס' אסיר/עצור: \_\_\_\_\_ שם: \_\_\_\_\_

שם האישה: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. של האישה: \_\_\_\_\_

סטטוס האישה עימה מבקש האסיר/עצור להתייחד: נשוי  ידועה בציבור

חברה

תק' מאסר: \_\_\_\_\_ תחילת ריצוי: \_\_\_\_\_

עבירה: \_\_\_\_\_ מצב משפחתי: \_\_\_\_\_

תאריך התייחדות קודמת: \_\_\_\_\_ תאריך מומלץ: \_\_\_\_\_

נימוקי הבקשה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

תאריך הגשת הבקשה: \_\_\_\_\_ חתימת האסיר: \_\_\_\_\_

2. חוות דעת

(א) מנהל אגף: \_\_\_\_\_

(ב) קמ"ן: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ג) ק. אסירים: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. החלטת מפקד ביס"ר:

מאשר התייחדות  לא מאשר התייחדות

חתימת מפקד ביס"ר

נימוקי הדחיה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. מסמכים נלווים לבקשה(ראה נספחים):

- ב - אישור רפואי של בן/בת זוג האסיר/עצור
- ג - אישור רפואי של האסיר/עצור
- ד - הצהרת בן/בת זוג האסיר/עצור לצורך התייחדות
- ה - חוות דעת עו"ס ביס"ר
- ו - הצהרת האסיר/עצור לשמירת הציוד בחדר התייחדות.

נספח ב'אישור רפואי של בנות-זוג האסיר/עצוראל: רופא המשפחהמאת: רופא שרות בתי הסוהר

הנדון:

שם פרטי

שם משפחה

מס' תעודת זהות

רופא נכבד,

על פי נהלי שב"ס זכותם של אסירים/עצורים העומדים בקריטריונים להתייחד עם בני/בנות זוגם. הנ"ל ביקשה להתייחד עם בנות זוגה האסיר/העצור/ה.

על מנת לשמור על בריאותם של האסירים/עצורים ובני/בנות זוגם, אודה אם תמלא את חלקו השני של הטופס.

חתימה וחותמת הרופא

אל: רופא בית סוהר

הנדון:

שם פרטי

שם משפחה

מס' זהות

1. הנדון מטופלת על ידי 2. מחלה זיהומית כן ( ) לא ( )

בברכה,

חתימה וחותמת הרופא

נספח ג'

בית סוהר: \_\_\_\_\_  
 תאריך: \_\_\_\_\_  
 ט/ : \_\_\_\_\_

אל: מפקד בית הסוהר \_\_\_\_\_

מאת: רופא בית הסוהר \_\_\_\_\_

הנדון: אישור רפואי של האסיר/עצור

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_

1. מחלות זיהומית: כן ( ) לא ( )
2. מגבלות גופניות ונפשיות משמעותיות לקיום יחסי מין: כן ( ) לא ( )
3. האסיר/עצור קיבל הסברים, הדרכה על מגבלותיו, סיכונים וסיבוכים הכרוכים בקיום יחסי מין ואופן מניעתם. האסיר/עצור הבין את הסברינו והם רשומים בתיקו הרפואי.
4. יש \ אין מניעה רפואית לקיום ההתייחדות.

חתימת הרופא \_\_\_\_\_

חתימת האסיר/עצור \_\_\_\_\_

נספח ד'

הצהרת בן/בת - זוג האסיר/עצור לצורך התייחדות

1. פרטי האסיר/העצור:

מס' האסיר/עצור \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_  
ביס"ר \_\_\_\_\_.

2. אישור והצהרת בן/בת הזוג:

א. אני \_\_\_\_\_ הח"מ, בן / בת זוגו של האסיר/עצור  
מצהיר/ה בזאת כי אני מבקש /ת להתייחד עם  
בן/בת זוגי, מרצוני החופשי.

ב. ידוע לי כי האישור מותנה בעמידה בתנאים שנקבעו לכך ע"י שירות בתי  
הסוהר וכי במידה ולא יקויימו התנאים ע"י מי מאתנו, יישלל האישור.

ג. ברור לי כי האישור מותנה בעריכת חיפוש בחפצי ועל גופי.

ד. ידוע לי כי עלי להמציא לצורך קבלת האישור, אישור רפואי בדבר מצב  
בריאות תקין. מצ"ב האישור.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת בן / בת הזוג: \_\_\_\_\_

עותק מטופס זה יתויק בתיק האסיר/עצור בצמוד לטופס אישור התייחדות.

נספח ה'

ביס"ר: \_\_\_\_\_  
תאריך: \_\_\_\_\_  
ט: \_\_\_\_\_

חו"ד עו"ס להתייחדות אסיר/עצור

שם האסיר/עצור: משפחה: \_\_\_\_\_  
פרטי: האב: \_\_\_\_\_

א. חו"ד עו"ס (התייחסות לתפקוד האסיר, קשרים משפחתיים, הכרות העו"ס עם בת הזוג, גורמי טיפול בקהילה):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ב. באם שפוט/חשוד בגין אלימות במשפחה או מוגדר כבעל פרופיל אלמ"ב או גילוי עריות:

הועבר לוועדה הבינמשרדית לעבירות במשפחה/לועדת מסוכנות בתאריך: \_\_\_\_\_  
החלטת הועדה \_\_\_\_\_

ג. ממליץ / לא ממליץ לאשר התייחדות הערה: \_\_\_\_\_

ד. פרטי העו"ס: שם מלא \_\_\_\_\_ דרגה ותפקיד \_\_\_\_\_  
חתימה: \_\_\_\_\_

נספח ו'

הצהרת האסיר/עצור לשמירת שלמות ותקינות הציוד בחדר התייחדות

מס' אסיר/עצור \_\_\_\_\_ שם האסיר/עצור \_\_\_\_\_

ביס"ר \_\_\_\_\_.

א. אני האסיר/עצור \_\_\_\_\_ החתום מטה מתחייב לשמור על שלמות ותקינות הציוד המצוי בחדר התייחדות כל זמן שאני בחדר התייחדות עם בן / בת זוגי.

ב. ברור לי שכל נזק שיגרם לציוד בחדר על ידי, אם בשוגג ואם במזיד, יכול לשמש עילה להנהלת הכלא להעמיד אותי לדין משמעתי על כך.

ג. בגמר התייחדות אני מתחייב להשאיר את החדר תקין ונקי כפי שנמסר.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת האסיר/עצור: \_\_\_\_\_

הטופס ימולא במקור והעתק. שניהם ישלחו למפקדת המחוז. המקור יוחזר לבית הסוהר והעותק ישמר בתיק האסיר במפקדת המחוז.

נספח ז'

אל: מפקד מחוז \_\_\_\_\_  
 תאריך: \_\_\_\_\_  
 מאת: מפקד ביס"ר \_\_\_\_\_  
 ט/ \_\_\_\_\_

**בקשת סיוע לאסיר/עצור פלילי נשוי לצורך פריון**

- |  |  |
|--|--|
| <p><b>נימוקי הבקשה</b></p> <p><input type="checkbox"/> האסיר/עצור נישא בתקופת מאסרו וטרם התייחד עם אשתו.</p> <p><input type="checkbox"/> האסיר/עצור נשוי ללא ילדים משותפים ורעייתו מתקרבת לגיל העדר פריון.</p> <p><input type="checkbox"/> האסיר/עצור או רעייתו החלו בטיפול פוריות לפני המאסר ויש צורך בהמשך טיפול.</p> <p><input type="checkbox"/> אחר: _____</p> | <p><b>הסיוע המבוקש</b></p> <p><input type="checkbox"/> אישור חופשה שלא מן המניין</p> <p><input type="checkbox"/> אישור יציאה באבטחה</p> <p><input type="checkbox"/> אישור התייחדות בבית הסוהר מועדים מומלצים _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> אחר: _____</p> |
|--|--|

**א. פרטי האסיר:**

שם משפחה	שם האב	פרטי האסיר

תקופת מאסר \_\_\_\_\_ מתאריך \_\_\_\_\_ סיום 2/3 \_\_\_\_\_

סיום מאסר \_\_\_\_\_ קטגוריה \_\_\_\_\_ אגף \_\_\_\_\_

גיל \_\_\_\_\_ מצב משפחתי \_\_\_\_\_ מס' ילדים \_\_\_\_\_

בסבב חופשות:  כן  לא

אפיון מיוחד: ציין - ט"ה, ט"פ, סג"ב, אחר: \_\_\_\_\_

חתימת האסיר: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

**ב. פרטי העצור:**

שם משפחה	שם האב	פרטי העצור

מעצר מיום \_\_\_\_\_ תום מעצר/הארכה \_\_\_\_\_

גיל: \_\_\_\_\_ מצב משפחתי \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_

ילדים \_\_\_\_\_

אפיון מיוחד: ציין- ט"ה, ט"פ, סג"ב, אחר \_\_\_\_\_

חתימת העצור: \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

**ג. פרטים נוספים הנדרשים לקבלת החלטה:**

1. תאריך נישואין: \_\_\_\_\_
2. האם נישא בבית סוהר כן  לא
3. האם אלו נישואין ראשונים כן  לא
- אם לא: האם לאסיר/עצור ילדים מנישואים קודמים \_\_\_\_\_
4. גיל האישה: \_\_\_\_\_
5. בעיית הפוריות באסיר/עצור  באשתו
6. האם הוחל בטיפול לפני המאסר/מעצר: כן  לא
- אחר: \_\_\_\_\_
- אם כן: מתי והיכן: \_\_\_\_\_
7. מקום הטיפול המבוקש \_\_\_\_\_

**ד. מסמכים מצורפים:**

- בקשת האסיר/עצור.
- אישור רופא, גניקולוג מבי"ח חולים ממשלתי או קופ"ח או מוסד רפואי מוכר.
- קופ"ח או מוסד רפואי מוכר.
- חו"ד רופא בית סוהר.
- חו"ד מנהל האגף.

**ה. חו"ד מפקד בית הסוהר:**

- אני ממליץ  לא ממליץ  לאשר בקשת האסיר/עצור מהנימוקים הבאים:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

חתימת מפקד ביס"ר

תאריך

ו. החלטת מפקד המחוז (לאחר חו"ד רופא וקמ"ן מחוזי):

לא מאשר את הבקשה.

מאשר חופשות שלא מן המניין לפי הפרוט הבא:

---

---

מאשר הוצאת האסיר/עצור באבטחה אל מחוץ לבית הסוהר לצורך הטיפול לפי

הפרוט:

---

---

---

מאשר התייחדות בבית הסוהר לפי הפרוט הבא:

---

---

---

מאשר לאסיר הוצאת דגימת זרע לפי הפרוט הבא:

---

---

---

חתימת מפקד המחוז

תאריך