

פברואר 2025

נוהל הנגשה של תרגום מקוון לשפת הסימנים עבור הורה עם מוגבלות בשמיעה תשפ"ה

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 מסייע במימון הנגשה **מקוונת בלבד** של פעילויות המסגרת החינוכית להורים כבדי שמיעה וחירשים, באמצעות תרגום לשפת סימנים, 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 בלבד.**

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

ב. פעילויות עבורן ניתן לבקש את השירות:

זמן מוקצה לפעילות	הפעילות
יוקצה עד 20 דקות – 1 יחידה	שיחות הורים אישיות
יוקצה עד 60 דקות – 3 יחידות	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

1 יחידת זמן = 20 דקות

ג. מהות השירות: תרגום מקוון לשפת הסימנים. **שימו לב, התרגום מתבצע בווידאו, אך המפגש**

עצמו יערך פנים אל פנים כמו עם הורים שומעים.

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

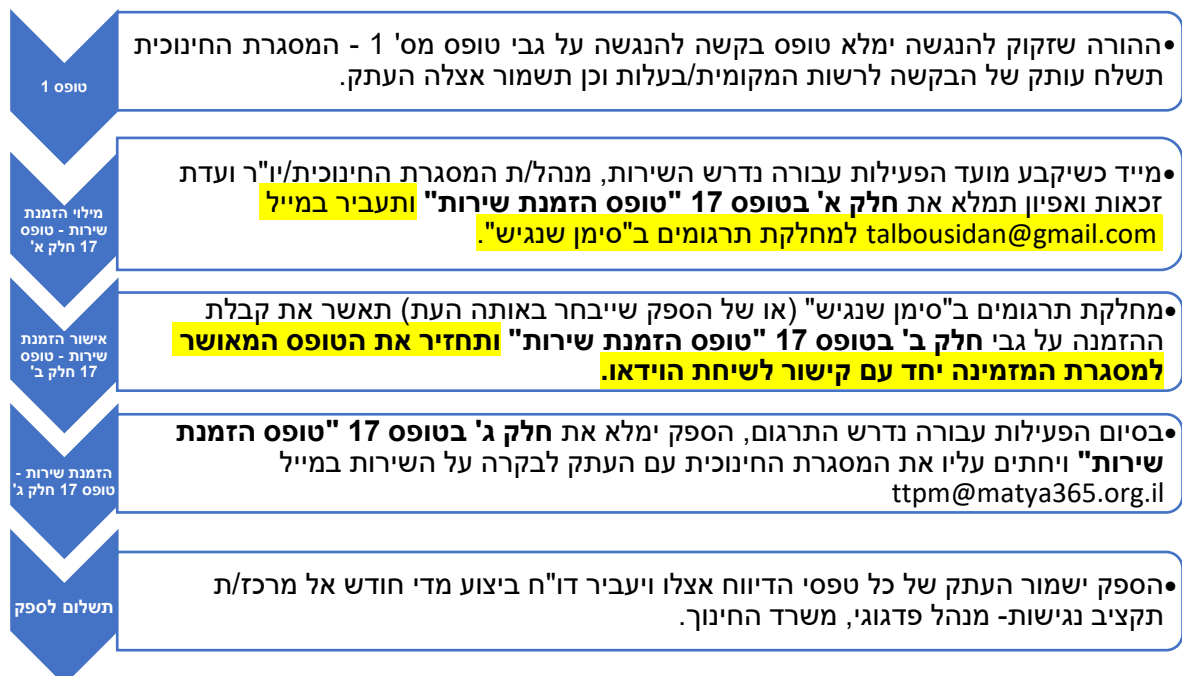
ה. נוהל אספקת השירות:

1. כל מסגרת חינוכית תמפה בתחילת השנה את ההורים עבורם נדרשת הנגשה לשפת הסימנים. 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 בעבר אין צורך להגישו שוב.

2. יש להיערך מראש לכל הזמנת שירות:

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

- הימצאות מחשב כולל מצלמה ומיקרופון/רמקול המחובר לאינטרנט, בחדר בו תתבצע הפעילות.
(לא מומלץ לקיים תרגום באמצעות הפלאפון).
- 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 talbousidan@gmail.com למחלקת תרגומים ב"סימן שנגיש" או אל הספק שייתן את השירות באותה העת.
- 4. מחלקת תרגומים ב"סימן שנגיש" (או של הספק שייבחר באותה העת) 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 חלופית.
- 5. במצורף לאישור ההזמנה, הספק יעביר אל המסגרת החינוכית את הקישור לשיחת הוידאו באמצעותה ינתן התרגום.
- 6. בסיום הפעילות עבורה נדרש התרגום, הספק ימלא את חלק ג' בטופס 17 "טופס הזמנת שירות" ויחתים עליו את המסגרת החינוכית.
- 7. הספק יעביר העתק חתום של כלל חלקי טופס 17 לבקרה על השירות במייל 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.



מחלקת תרגומים "סימן שנגיש" בטלפון: 0526230233

מספר לפניות כתובות בלבד בווטסאפ 0515151128 (נוסף על מספר הטלפון)

מייל talbousidan@gmail.com אתר: <https://www.simanshenagish.com>

בכל שאלה אנא פנו אל מדריכת הנגישות המחוזית

מחוז	שם המדריכה	טלפון	מייל
דרום	עדי לוין	052-8480870	adilevin24@matya365.org.il
מרכז	רוני קן דרור בן עמי	050-9544052	roni.ken@matya365.org.il
תל אביב	יעל אדמוני	054-5754376	rael.admoni@matya365.org.il
ירושלים ומנח"י	ציקי רז	052-5269158	tziki.raz@matya365.org.il
חיפה	חגית רובין	054-4287734	hagit.rubin@matya365.org.il
צפון	הלא עראף	054-7451050	hala.araaf@matya365.org.il
חרדי	חגית דהן	050-4302642	hagit.dahan@matya365.org.il
התיישבותי	חגית דהן	050-4302642	hagit.dahan@matya365.org.il

נאווה 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

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.