



תביעה לגמלת סיעוד

הטופס מיועד למילוי על ידי התובע, בן משפחה או מכר ולא על ידי חברה נותנת שירותי סיעוד

תובע נכבד, קביעת הזכאות לגמלת הסיעוד נקבעת על ידי "הערכת תלות". בהערכה נבדקת מידת התלות של התובע בעזרת הזולת בפעולות היום ומידת הצורך בהשגחה.

הערכת התלות תתאפשר במספר דרכים:

1. הערכת תלות בבית התובע המבוצעת על ידי מעריך מוסמך מטעם הביטוח הלאומי. המעריך יתאם מועד לביצוע ההערכה לאחר קבלת התביעה והמסמכים הרפואיים. אם קיימת ירידה קוגניטיבית אצל התובע על בן משפחה או אפטרופוס להיות נוכח בבדיקה. במצב זה יש למלא את סעיף 3 בטופס
2. הערכת מידת התלות שתקבע על סמך המידע שנמסר במכתב הסיכום הרפואי. ראה הנחיות בנספח א'
3. הערכת תלות לבני 90 ומעלה שתבוצע על ידי רופא מומחה בגריאטריה ללא עלות במסגרת עבודתו במוסד רפואי ציבורי. למען הסר ספק, אין לבצע בדיקה במסגרת הביטוח המשלים (שב"ן) או במסגרת פרטית לרבות שר"פ בבית חולים. ראה נספח ב'

לטופס התביעה יש לצרף את המסמכים הבאים

1. **מכתב סיכום רפואי עדכני חתום ע"י רופא מטפל, רופא מומחה וסיכומי אשפוז אם קיימים. ניתן לצרף מידע רלוונטי שנמסר מגורמים מטפלים נוספים (אח המרפאה, פיזיותרפיסט, עובד סוציאלי וכו')**
ראה הנחיות בנספח א'
2. אישורי הכנסות שלך ושל בן/בת זוג מכל המקורות (**למעט** קצבאות ביטוח לאומי ואישורי רנטה או כל קצבה לניצול שואה ונרדפי הנאצים) לשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה חודשים שקדמו לחודש הגשת תביעה. אם הגשת תביעה בשנים עשר החודשים האחרונים, אין צורך להמציא מחדש אישורי הכנסות.
3. **יתכן וידרשו אישורי הכנסות של 12 החודשים האחרונים או טופס 106.**
4. אם אתה מתגורר בבית אבות/מוסד/משפחתון, תמלא הנהלת המקום את האישור המופיע בסעיף 9 (בטופס התביעה).

כיצד יש להגיש את התביעה

- את טופס התביעה ניתן **לשלוח יחד עם מסמכים נלווים באופן מקוון באמצעות אתר האינטרנט של המוסד** www.btl.gov.il, לשלוח בדואר או למסור לפקיד קבלת קהל בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.
- לצורך קבלת הסבר וסיוע במילוי טופס התביעה, ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד, בו מופיע סרטון הדרכה, או אפשר לפנות למחלקת הייעוץ לאזרח הוותיק ומשפחתו בסניפי המוסד לביטוח לאומי בטלפון: 02-6463400. מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il
- לשאלות ולברורים ניתן לפנות ל **מרכז התמיכה והמידע *9696**, לטלפון *6050 או 04-8812345.
- ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר.** לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. יישלח אליך אי-מייל במקום מכתב בדואר, עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.

חובה לחתום על טופס התביעה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים
---------------------------	---------------------------------------

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד



תאריך תביעה

שנה חודש יום

תביעה לגמלת סיעוד

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
----------	---------	---------------

מצב משפחתי

רווק/ה אלמן/ה פחד/ה נשוי/אה גרוש/ה ידועה/בציבור

שפות דיבור

1. _____ 2. _____

התובע נמצא כעת ב:

בכתובת מגוריו

<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: _____@_____	טלפון קווי _____	טלפון נייד _____
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------	---------------------

אני מאשר קבלת הודעות SMS _____

בבית חולים: _____

שם בית החולים: _____ מחלקה: _____ תאריך שחרור: _____

בכתובת אחרת. אצל: _____

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	-------	-------

פרטים על בן/בת זוג

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
----------	---------	---------------

האם בן/בת הזוג הגישה/תביעה לגמלת סיעוד או מקבלת/גמלת סיעוד? כן לא

אשפוז מתוכנן

האם קיים אשפוז מתוכנן? לא כן, תאריך אשפוז מתוכנן _____

2

כתובת למשלוח דואר (ימולא רק אם בן משפחה/אפוטרופוס מבקש לשלוח מכתבים לכתובת שונה מהכתובת בה נמצא התובע כעת)

מספר זהות ב"ס		שם פרטי			שם משפחה	
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר	
מספר הטלפון ימולא רק אם בן משפחה/אפוטרופוס מבקש שההתקשרות תהיה באמצעותו						
טלפון נייד				טלפון קווי		
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS						

3

בן/בת משפחה או אפוטרופוס – לתיאום

על האפוטרופוס לצרף אישור על מינוי אפוטרופוס

שם משפחה		שם פרטי		הקשר לתובע	
טלפון קווי			טלפון נייד		
נא לציין אם מעוניין להיות נוכח בעת הביקור <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא					

4

האנשים הגרים עם התובע

האם מתגוררים אנשים נוספים עם התובע?

לא כן אם כן נא למלא:

שם משפחה	שם פרטי	יחס קרבה

5

פרטי הכנסות בשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה שקדמו לתאריך הגשת התביעה

- סמן ✓ בטור המתאים, אם יש הכנסה וכן גם אם אין הכנסה, מהמקורות המפורטים בטבלה (פרט לקצבאות ביטוח לאומי).
- צרף אישורים מתאימים בעבור מקורות ההכנסה שציינת.
- אם הנך חבר קיבוץ, נא פרט על כל הכנסה המפורטת מטה שמקורה מחוץ לקיבוץ בו הנך חבר.

הכנסות בן/בת זוג			הכנסות תובע		
יש	אין	מקור	יש	אין	מקור
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה שכירה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה שכירה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה עצמאית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה עצמאית
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פנסיה מעבודה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פנסיה מעבודה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קצבה סוציאלית מחו"ל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קצבה סוציאלית מחו"ל
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שכר דירה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שכר דירה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמולים אחרים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמולים אחרים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הכנסה אחרת, פרט: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הכנסה אחרת, פרט: _____

6

הוצאות קבועות: החזקה במוסד, תשלום דמי מזונות, תשלום שכר דירה

יש לצרף אישורים לשלושה חודשים מתוך ארבעת החודשים שקדמו לחודש הגשת התביעה.

לשימוש המוסד לביטוח לאומי	סכום הוצאה לחודש				התשלום בעבור (צ"ן שם יחס קירבה לתובע)	סוג ההוצאה (צ"ן את הסוג המתאים)
	_____	_____	_____	_____		
סה"כ הוצאות ל-3 חודשים	_____	_____	_____	_____		
						החזקה במוסד
						דמי מזונות
						שכר דירה *

* ימלא רק מי שיש לו הכנסה מהשכרת דירה אחרת.

הערה: לתשומת לב בעלי הכנסה מהשכרת דירה המתגוררים בדיוור מוגן - נא להמציא אישור מהדיוור המוגן על מרכיב הוצאות הדיוור בלבד בתשלום החודשי. סכום הוצאה זו ינוכה מהכנסות שכר הדירה. הסכום שינוכה לא יעלה על שיעור שכר הדירה. הניכוי יבוצע רק לאחר המצאת האישור.

7

תפקוד בפעולות היום יום

(סמן בכל אחד מהתפקודים את האפשרות המתאימה)
ניידות

- נייד בכוחות עצמו נייד בהשגחה או מתהלך לבד עם מכשיר עזרה חלקית – תמיכה
- נדרשת עזרה מלאה רתוק לכיסא גלגלים או למיטה

תפקוד	עצמאי	זקוק לעזרה	אם זקוק לעזרה, פרט סוג עזרה
הלבשה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
רחצה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
אכילה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
טיפול בהפרשות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8

קבלת תשלום או שירותים בעבור טיפול אישי או עזרה בבית ממשרד הביטחון

- לא מקבל מקבל תשלום כספי שירותים

9

מגורים במוסד או בבית אבות – אם התובע גר במוסד (אישור זה ימלא המוסד או בית האבות)

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב
שוהה במוסדנו – שם המוסד		תאריך כניסה
כתובת המוסד	טלפון	יום חודש שנה

המוסד פועל ברישיון: משרד העבודה והרווחה משרד הבריאות ללא רישיון

נמצא במחלקה: סיעודית לתשושים לתשושי נפש לעצמאיים

אחרת פרט _____

השתתפות בדמי החזקה ע"י גוף ציבורי: משרד בריאות משרד עבודה ושירותים חברתיים משרד הביטחון סוכנות רשות מקומית

כן, פרט השתתפות בסך: _____ ש"ח לחודש מתוך עלות החזקה מלאה בסך: _____ ש"ח - על המשפחה להמציא אישור על גובה ההשתתפות שהוטל עליה ע"י גוף ציבורי.

אין השתתפות – חובה להמציא כרטיס הנה"ח מהמוסד/בית האבות, בו ניתן לראות את החיובים והתשלומים של התובע.

מוסד בקיבוץ – ימלא גם את הפרטים האלה:

המוסד מיועד: לחברי הקיבוץ ובני משפחותיהם בלבד קולט אזרחים ותיקים מבחוץ

מעמד התובע: חבר קיבוץ חבר קיבוץ אחר דייר אחר, פרט אם בן משפחה של חבר הקיבוץ נא ציין פרטיו מר/גב' יחס הקרבה _____

מתאריך: _____

אישור המוסד/בית האבות

תאריך: _____ שם מנהל המוסד: _____ חתימת מנהל המוסד * _____

10

פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי

1. האם התלוצת בזולת נגרמה כתוצאה אירוע תאונתי (תאונת דרכי, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר וכד')? לא כן, פרט: (חובה לציין את הפירוט)

סוג התאונה: תאונת דרכים תאונה אחרת _____

תאריך התאונה: _____ מקום התאונה: _____
 נסיבות אירוע התאונה: _____

2. האם נמסרה הודעה למשטרה?

לא כן, לתחנת המשטרה ב: _____ מס' תיק: _____
 כתובת תחנת המשטרה: _____

3. האם הגשת או תגיש תביעה לפיצוי נזיקין?

לא כן, בתאריך: _____
 מיהו הנתבע: _____ מס' התיק: _____

4. עורך הדין המייצג אותך בתביעה:

שם: _____ טלפון: _____ טלפון נייד: _____
 כתובת: _____

5. האם קיבלת פיצוי נזיקין בגין התאונה?

טרם קיבלתי פיצוי קיבלתי פיצוי לא קיבלתי
 בסך: _____ מאת: _____ בתאריך: _____

11

ביקור בית על ידי מתנדב

הייעוץ לאזרח הוותיק ומשפחתו מציע לערוך ביקורי בית על ידי מתנדבים.

אני מעוניין בביקורי מתנדב

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; border-bottom: 1px solid black;"> מס' זהות / דרכון </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</div> סוג המסמך <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </div> </div> </div>		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד



נספח א'
הנחיות לכתיבת מכתב
סיכום רפואי

כדי לשקול אפשרות ביצוע הערכה תפקודית על סמך מידע רפואי ללא ביקור מעריך, מומלץ לצרף לתביעה מכתב סיכום רפואי מהרופא המטפל.

ניתן לצרף במכתב מידע שנמסר מגורמים מטפלים נוספים אח המרפאה, פיזיותרפיסט, עובד סוציאלי, רופאים מומחים ועוד.

במכתב סיכום רפואי רצוי שיופיעו הפרטים הבאים:

- **סיבת ההפניה לביטוח לאומי**
- **נתונים דמוגרפים:** גר לבד, עם משפחה, תנאי דיור וסביבת מגורים, עיסוק ופעילות שגרתית של הנבדק.
- **מידע רפואי עדכני:** המחלות העיקריות מהם סובל החולה, אשפוזים, ניתוחים, נפילות, אירועים המסכנים חיים, הפרעות בשמיעה או לקות ראייה.
- **הערות נוספות המתייחסות ל:**
 - **תיאור מפורט של התסמינים הקליניים העלולים להשפיע על יכולת התפקוד** של החולה בחיי היום יום (ADL) בבית. לדוגמא: תלונות על כאב, חולשה, קוצר נשימה, בצקות, רעד, מצב תזונתי. אצל חולים הסובלים מתנודות במצב תפקודי, יש לציין את המאפיינים של התנודות.
 - **תיאור מפורט של יכולת הניידות של הנבדק:** יכולת הקימה וההליכה, יציבות בהליכה, טווח תנועה, חסרים נירולוגים, סימני מאמץ, יכולת להשלים פעולה ברצף, שימוש באביזרי עזר וכולי.
- **תוצאות בדיקות אבחון מקובלות ותוצאות כלים אבחוניים נירופסיכולוגים לבעלי מגבלה קוגניטיבית.** (COGNITIVE SCREENING TOOLS).
- **טיפולים מיוחדים ותרופות.**
- **מסגרות טיפוליות** כגון אשפוז יום, אשפוז בית, הוספיס בית.
- **תקופת המוגבלות** הערכה בדבר שיפור במצב הנבדק, ואם כן תוך כמה זמן.

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)		מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים
8		

נספח ב'
המוסד לביטוח לאומי
הערכת תפקודית של
רופא מומחה בגריאטריה
לבני 90+



בדיקת רופא מומחה בגריאטריה היא ללא עלות בעבור התובע ואין לבצעה בזמן אשפוז. הערכת תפקוד בפעולות היום יום על ידי רופא מומחה בגריאטריה אפשרית למי שמלאו לו 90 שנה ויותר

לרופא – נא הקף **בעיגול** כל סעיף, במקום המתאים על פני הרצף. על הציון לבטא צורך בעזרה שהנבדק זקוק לה בדרכ כלל, הן מסיבות של מגבלה מוטורית והן מסיבות של מגבלה מנטלית.
נמק את מסקנתך לגבי התפקוד בסעיף, ציין את הסיבה הרפואית ופרט האם התרשמת מהדגמה, מתצפית או מדיווח.

האם סובל מעיוורון מוחלט? (לפחות 3/60 בשתי העיניים או שדה ראייה עד 19 מעלות, או קיימת תעודת עיוור) לא כן

1. ניידות – יש להתייחס לתנועה בתוך הבית בלבד

7	6	5	4	3	2	1
מרותק לכסא/למיטה, תלוי לחלוטין באדם אחר	נייד בעזרת מכשיר או בלעדיו, אך זקוק לעזרת אדם אחר, או זקוק להכוונה בשל חוסר תובנה או עיוורון, או עצמאי בשימוש בכסא גלגלים כולל מעברים	עצמאי בניידות בעזרת מכשיר או בלעדיו, ללא מאמץ או במאמץ קל				

נמק את מסקנתך _____

2. נפילות

7	6	5	4	3	2	1
נופל בתדירות גבוהה לפחות אחת לשבוע ואינו קם לבדו	נופל בתדירות נמוכה כפעם בחודש במוצע בשלושת החודשים האחרונים ואינו קם לבדו, או נפל פעמיים בחודש האחרון ואינו קם לבדו	אינו נופל, או נופל לעיתים רחוקות, או נופל וקם ללא עזרה				

נמק את מסקנתך _____

3. הלבשה

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה בלישת מכנסיים, חולצה, פרוטזה, הכוונה צמודה בשל חוסר תובנה	זקוק לסיוע או לדרבון קל בהלבשה (לכפתר, לגרוב גרביים, לבחור בגד, אביזר אורטופדי)	מתלבש ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל				

נמק את מסקנתך _____

4. רחצה

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה מלאה כולל רחצת פנים, או מסרב בשל חוסר תובנה	עצמאי ברחצת פנים אך זקוק לעזרה פעילה או הכוונה צמודה ברחצת פלג גוף עליון או תחתון	זקוק לסיוע או לדרבון קל ברחצה (כניסה למתקן הרחצה, נוכחות, חפיפת ראש, רחצת כפות רגליים)	מתרחץ ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל			

נמק את מסקנתך _____

הערכת תפקוד בפעולות – המשך

5. אכילה ושתייה

7	6	5	4	3	2	1
תלוי לחלוטין בכל פעולות האכילה כולל שתייה או הזנה מלאכותית, או מסרב בשל חוסר תובנה	זקוק לעזרה בהאכלה (או שתייה)		זקוק לסיוע בנטילת תרופות, עיוורון מוחלט, אינו מחמם או מגיש לעצמו מנת מזון			אוכל ושותה ללא עזרה כולל חימום והגשת מנת מזון, ללא מאמץ או במאמץ קל

נמק את מסקנתך _____

6. הפרשות

7	6	5	4	3	2	1
אינו שולט בשני הסוגרים ותלוי לחלוטין בכל הפעולות (ניידות, הלבשה וטיפול בהיגיינה אישית)	משתמש בשירותים/ אביזרים אך זקוק לעזרה בשלוש הפעולות	משתמש בשירותים/ אביזרים אך זקוק לעזרה בשתיים מהפעולות	משתמש בשירותים/אביזרים אך זקוק לעזרה באחת מהפעולות: ניידות, הלבשת חלק תחתון, היגיינה אישית		זקוק לסיוע קל (ריקון בקבוק, החתלה או ליווי בלילה)	עצמאי בכל הקשור לטיפול בהפרשות

נמק את מסקנתך _____

7. השגחה

7	6	5	4	3	2	1
מסכן את עצמו או את סביבתו ואי אפשר להשאירו לבד לפרקי זמן קצרים		זקוק להשגחה בביצוע רוב פעולות היום יום ויש ירידה בתובנה ובזיכרון, אך ניתן להשאירו לבד לפרקי זמן מסוימים				אינו מסכן את עצמו או את סביבתו

נמק את מסקנתך, אם מדובר בזקן בעל ירידה קוגניטיבית, נא פרט את עיקרי הממצאים של הבדיקה הקוגניטיבית.

פרק הזמן למגבלה - אנא סמן האם צפוי שינוי במהלך ששת החודשים הבאים:

צפויה הטבה בעוד _____ חודשים צפויה יציבות צפויה החמרה

הצהרה ופרטי הרופא המומחה בגריאטריה שביצע הערכה זו

1. מילאתי טופס זה על סמך בדיקתי.

פרטי המוסד הרפואי:

שם המוסד הרפואי הציבורי _____

בחר באחת מהאפשרויות

מילאתי טופס זה על סמך בדיקתי והערכה גריאטרית שערכתי בתאריך _____

מילאתי טופס זה לפי בדיקתי בתאריך _____ ועל סמך הערכה גריאטרית שערך ד"ר _____

בתאריך _____ (נא לצרף את הערכתו).

שם הרופא המומחה בגריאטריה _____ חותמת המוסד הרפואי ציבורי או המרפאה _____

חתימה * _____ חותמת _____

לתשומת לב הרופא המומחה בגריאטריה, מסמך זה אינו תחליף לתדפיס המידע הרפואי של התובע. רצוי לצרף מכתב המסכם את בדיקתך, כמקובל בייעוץ רפואי, לרבות בעיות הדורשות טיפול ולהעביר עותק

