



בקשה לקבלת גמלה בכסף לזכאי גמלת סיעוד המעסיק מטפל צמוד

לידיעתך

מטפל צמוד

- ☞ בקשה לגמלת הסיעוד בכסף ניתן להגיש כאשר הזכאי לגמלת סיעוד מעסיק "עובד זר" או מטפל צמוד תושב ישראל בהיקף של לפחות 6 ימים בשבוע ובכל יום לפחות 12 שעות ביממה.
- ☞ המטפלים בזכאי חייבים להיות בגירים מעל גיל 18.
- ☞ המטפל אינו יכול להיות "בן משפחה" (הורה, בן זוג, אח, אחות, בן, בת, גיס, גיסה, הוריהם וילדיהם ובני זוגם של כל אחד מאלה) כל אלה אינם יכולים לשמש כמטפלים.

מטפל צמוד זר

- ☞ זכאי לגמלת סיעוד המעסיק כמטפל צמוד "עובד זר" חייב לרשום את העובד בלשכה הפרטית להעסקת עובדים זרים, וחייב בהיתר העסקת עובד זר מטעם רשות ההגירה במשרד הפנים.

מעסיק מטפל צמוד תושב ישראל

- ☞ מעסיק מטפל צמוד תושב ישראל חייב לצרף חוזה העסקה חתום על ידי המטפל או המטפלים ומקבל הגמלה או בני משפחתו, המפרט את היקף העבודה ותנאי השכר בעבור כל אחד מהמטפלים.

ניצול שואה

- ☞ מי שהוכר כנרדף נאצים ע"י ועידת התביעות, הרשות לזכויות ניצולי שואה או חוק הפיצויים הגרמני וכן הוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי כזכאי לגמלת סיעוד של 15 שעות טיפול בשבוע ומעלה עשוי להיות זכאי לתוספת של שעות סיעוד מעבר לשעות הניתנות ע"י המוסד לביטוח לאומי. מי שבחר בקבלת גמלה בכסף יוכל למלא את טופס הפנייה לוועידת התביעות המצורף כנספח א' ולצרפו לטופס בקשה זה (ב.ל. 2655). פרטי הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל: רחוב תובל 5 (בית צרפת, קומה 1), ת"א. מען למכתבים: ת.ד. 7197 ת"א, 67897 טל: 03-6090866 פקס: 03-6968294 או באינטרנט בכתובת:

<http://www.k-shoa.org>

גמלת כסף ושירותי סיעוד

ניתן לשלב, גמלה בכסף וקבלת שירותי סיעוד אחרים מתוך סל השירותים : טיפול אישי בבית ע"י תושב ישראל, משדר מצוקה, מוצרי ספיגה, ביקורים במרכז יום ושירותי כביסה. לשירותי הסיעוד המפורטים קיים שווי כספי אם הבחירה היא שילוב של גמלה בכסף ושל שירותי סיעוד יופחת ערכם של השירותים הנוספים שנבחרו מסכום הגמלה בכסף. לדוגמא: מקבל גמלה בכסף שזכאי לגמלה בסך 3,208 ₪ לחודש, מבקש לשלב מוצרי ספיגה בערך של 200 ₪ לחודש. 200 ₪ יופחתו מסכום הגמלה בכסף שהוא זכאי לה, ולכן יקבל גמלה בסך 3,008 ₪ בנוסף למוצרי הספיגה.

פירוט החלופות הקיימות בכל אחד מהמסלולים: גמלה בכסף או בשירותים

שעור הגמלה ומספר שעות טיפול אישי בבית בשבוע למי שמטופל ע"י עובד ישראלי ומממש זכאותו באמצעות נותן שירות כולל תוספת שעות למי שאיננו מעסיק עובד זר	סכום הגמלה למי שמעסיק עובד ישראלי ואושרה בקשתו לגמלה בכסף כולל תוספת למי שאיננו מעסיק עובד זר	סכום הגמלה למי שמעסיק עובד זר ואושרה בקשתו לגמלת כסף	שעור הגמלה ומספר שעות טיפול אישי בבית בשבוע למי שמעסיק עובד זר ומממש זכאותו באמצעות נותן שירות
5 שעות*	1,002 ₪ *	1,002 ₪ *	5 שעות בשבוע
9.5 שעות	1,905 ₪	1,604 ₪	8 שעות בשבוע
11 שעות	2,206 ₪	1,805 ₪	9 שעות בשבוע
9.75 שעות*	1,955 ₪*	1,955 ₪*	9.75 שעות בשבוע
19 שעות	3,810 ₪	3,208 ₪	16 שעות בשבוע
22 שעות	4,411 ₪	3,610 ₪	18 שעות בשבוע

נתוני הטבלה מעודכנים נכון לחודש דצמבר 2017. הסכומים משתנים מעת לעת.

*סכום הגמלה או מספר שעות הטיפול אינו משתנה בשיעורי זכאות אלה באם מועסק עובד זר או מטפל ישראלי צמוד.

שווים של שירותי הסיעוד בשעות טיפול בשבוע

פריט שירות	שעור הגמלה	שווי בשעות טיפול בשבוע
יום ביקור במרכז יום	9.75 שעות טיפול	2 שעות
יום ביקור במרכז יום	8,9,16,18 שעות טיפול	2.75 שעות
משדר מצוקה	בכל שעורי הגמלה	0.25 שעות
מוצרי ספיגה	בכל שעורי הגמלה	תלוי בסוג מוצר הספיגה. רשימת מופרטת מופיעה באתר האינטרנט www.btl.gov.il
שירותי כביסה	בכל שיעורי הגמלה	בהתאם למשקל. רשימה מופרטת מופיעה באתר האינטרנט www.btl.gov.il

לפרטים נוספים ולמידע לגבי שיעורי הגמלה העדכניים, ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

חובות כמעסיק

למקבל גמלה בכסף או כמקבל גמלה בכסף בשילוב עם שירותי סיעוד יש חובות כמעסיק על פי הקבוע בחוק לרבות רכישת ביטוח רפואי לעובד, דיווח ותשלום לביטוח לאומי וכן שמירה על זכויותיו הסוציאליות. לנוחותכם, דיווח ותשלום לביטוח לאומי ניתן לבצע באמצעות שירותי התשלומים ודיווחים באתר האינטרנט המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

את כל המידע בנושא זכויות וחובות העובדים הזרים ניתן לקבל ב"זכותונים" לעובדים הזרים באתר האינטרנט של משרד הכלכלה www.moital.gov.il

מידע מקיף ניתן לקבל גם בלשכה הפרטית להעסקת עובדים זרים.

כיצד יש להגיש את הבקשה לגמלה בכסף

את טופס התביעה ניתן לשלוח יחד עם מסמכים נלווים באופן מקוון באמצעות אתר האינטרנט של המוסד, לשלוח בדואר או למסור בסניף הקרוב למקום מגוריך או למסור בסניף הקרוב למקום מגוריך.

לצורך קבלת סיוע במילוי טופס הבקשה, ניתן לשאיר הודעה במחלקת ייעוץ לקשיש בסניפי המוסד לביטוח לאומי בטלפון: 9696 * או 02-6463400.

חזרה לשירותי סיעוד

מי שאושרה לו גמלה בכסף יוכל לשוב ולבחור בכל עת לקבל את גמלת הסיעוד באמצעות "נותן שירותים" - היינו ארגון שיעסיק את המטפל הצמוד בשעות הסיעוד בהתאם לשיעור הזכאות שנקבע לו. יש להודיע על כך בכתב למוסד (ראה רשימת כתובות ומספרי פקס של מחלקות הסיעוד בסניפי המוסד לביטוח לאומי, בטופס זה) או באמצעות השארת הודעה במענה קולי במספר 02-6463888. במקרה זה, מקבל הגמלה ממשיך להיחשב כמעסיק לכל דבר ועניין לגבי שעות עבודתו של העובד שהן מעבר לשעות הזכאות.

המוסד רשאי לשנות את החלטתו ולהפסיק את מתן הגמלה בכסף אם לא התקיימו תנאי החוק או ממצאי בקרה יצביעו על ליקויים בטיפול או חריגות בהתנהלות.

ברורים ושינויים בפרטים

חובה להודיע למוסד לביטוח לאומי על פי הכתובות ומספרי פקס על כל שינוי בנתונים שנמסרו למוסד בבקשה לקבלת הגמלה בכסף, כולל זהות המטפלים והן לגבי היקף ההעסקה.

שאלות וברורים ניתן להפנות בפקס למחלקת הסיעוד בסניף המטפל.

חובה לחתום על טופס הבקשה

כתובות ומספרי פקס של מחלקות הסיעוד בסניפי המוסד לביטוח לאומי

סניף	כתובת	מס' פקס	הערות
אשדוד	רח' הבנים 14	08- 8686723	
אשקלון	רח' הנשיא 101	08- 6711173	
באר שבע	שד' שזר 31, בניין פריזמה	08-6295385	למשלוח מכתבים – רח' וולפסון 6 ת"ד 674
בני ברק	רח' אהרונוביץ 12	03-6152980	
חדרה	רח' הלל יפה 7א'	04-6328084	
חולון	רח' פנחס לבון 26	03-5022483	
חיפה	שד' פל"ים 8	04-8134959	
טבריה	רח' הופיין 1	04-6721848	
יפו	רח' התקומה 30	03-5127176	
ירושלים	רח' שמעון בן שטח 4	02-6755592	
כפר סבא	רח' ויצמן 39	09-7478216	
כרמיאל	רח' נשיאי ישראל 11	04-9907849	
נהריה	רח' ויצמן 62	04-9528123	
נצרת	רח' המחצבות 3 אזור	04-6027420	
נתניה	רח' הרצל 68	09-8602759	
עפולה	רח' מנחם 1	04-6529227	
פתח תקווה	רח' רוטשילד 72	03-9114857	
קרית	רח' אחי אילת 50 קריית חיים	04-8467616 04-8467551	
ראשל"צ	רח' ישראל גילי 7	03-9426781	
רחובות	רח' רמז 64	08-9345955	
רמלה	רח' דני מס 11	08-9777471	
רמת גן	רח' החשמונאים 15	03 – 6751901	
תל אביב	רח' יצחק שדה 17	03 - 6250129	

טופס זה מנוסח בלשון זכר, אך פונה לנשים ולגברים כאחד.



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – אגף סיעוד
סניף _____

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון
סוג המסמך
דפים

בקשה לקבלת גמלה בכסף לזכאי גמלת סיעוד המעסיק מטפל צמוד

1 פרטי מגיש הבקשה

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
טלפון קווי		טלפון נייד		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: _____@_____	
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

2 פרטי מטפלים

שם	ת.ז./דרכון	קרבה/קשר	לידה שנת	מין	מטפל צמוד: תושב זר או תושב ישראל?	תאריך תחילת עבודה
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

3 פרישת תכנית הטיפול למעסיק מטפלים תושבי ישראל בלבד

נא פרט את שעות העבודה של כל מטפל ישראלי. יש לצרף חוזה עבודה של כל מטפל הרשום מטה

שם המטפל	זמני טיפול	יום בשבוע						
		א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'	שבת
1.	משעה							
	עד שעה							
2.	משעה							
	עד שעה							
3.	משעה							
	עד שעה							
4.	משעה							
	עד שעה							
5.	משעה							
	עד שעה							

4 שילוב של גמלה בכסף ושירותי סיעוד

4

באפשרותך לשלב גמלה בכסף ושירותי סיעוד בו בזמן – ראה הסבר בדף המידע.
(ימלא רק מי שמעוניין בשילוב גמלה בכסף ושירותי סיעוד)

- אני מעוניין לקבל גמלה בכסף ואת השירותים באים: (סמן ליד השורות הרצויים)
- טיפול אישי בבית באמצעות חברה נות"ש
- משדר מצוקה מוצרי ספיגה מרכז יום שירותי כביסה

5 פרטי חשבון הבנק של מגיש הבקשה

5

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין בקשה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

סוג הקרבה שלי למקבל הגמלה: בן/בת זוג הורה בן/בת אח/אחות אחר: _____
אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים, שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

_____ x _____ x _____
תאריך חתימת מקבל הגמלה חתימת / חתימות השותפים לחשבון

6 הבקשה הוגשה ביוזמת (למלא כאשר היוזם אינו המבקש ומשפחתו)

6

שם ושם משפחה	טלפון	קשר למבקש הגמלה

7 הצהרת המבקש

7

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בבקשת הגמלה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.
ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בבקשה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
ידוע לי שכל הפרה של התנאים לקבלת מטפל צמוד תביא להפסקה מיידית של האישור.

שם ושם משפחה _____ תאריך _____ חתימת המבקש x _____

הצהרת מגיש הבקשה שאינו המבקש

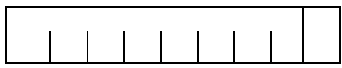


אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בבקשה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בבקשה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על הזכאות לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. ידוע לי שכל הפרה של התנאים לקבלת מטפל צמוד תביא להפסקה מיידית של האישור.

שם ושם משפחה _____ כתובת _____

הקשר למבקש _____ תאריך _____ חתימת המבקש ✕ _____

CONFERENCE ON JEWISH MATERIAL CLAIMS AGAINST GERMANY, Inc.

נספח א'

 מס' זהות / דרכון  8 9 סוג המסמך 	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	בקשה לוועידת התביעות (גמלת סיעוד בכסף) אין צורך לשלם בכדי לפנות לתוכנית זו. אינך צריך לשלם לאף אחד עבור טופס זה או עבור סיוע במילוי. רק מי שהוכרו על ידי ועידת התביעות כנרדפי נאצים ושהוכרו על ידי הביטוח הלאומי לגמלת סיעוד בכסף ברמה של לפחות 150%, עשויים להיות חלק מתוכנית זו. יש למלא הטופס באנגלית, למלא אותו במלואו ולשלוח חזרה את מקור בדואר או במסירה ידנית. מומלץ לצרף העתק של תעודת הזהות של הפונה
---	---------------------------	---

ENGLISH FIRST NAME		ENGLISH LAST NAME		Israel GOV. ID number	
Gender		שם פרטי - בעברית		שם משפחה - בעברית	
F M					
Street Name		House №	Apartment №	City Name	Zip Code
Birth Date		Phone Number		Country of Birth	Date of Immigration
פרטי בנק (חשבון הבנק אמור לכלול את שמו של ניצול השואה)					
שם הבנק		מס' סניף	כתובת הסניף	מס' חשבון	

לתשומת לבך, זכאותך לתוכנית זו תיחשב אך ורק מיום קבלת הטופס המקרי במשרדנו בכדי לזרז את ההליך אנו ממליצים כי הטופס ישלח בדואר אקספרס או רשום.

- במידה ובקשתך לקבלת גמלה בכסף בישראל (ICFS) תאושר ע"י ועידת התביעות אז:
- הסכום המשולם ע"י ועידת התביעות כולל את שכר העובד וכל ההפרשות הסוציאליות הנדרשות עפ"י חוק.
 - כל החובות התשלומים בגין העסקת המטפל הממונים ע"י ועידת התביעות הינם **באחריות המלאה והבלעדית** של מקבל הסיוע ואו הפונה.
 - עליך לדווח מידיית בכתב לוועידת התביעות על כל שינוי רלוונטי במצבך לרבות: אשפוז בבית חולים או מוסד טיפולי אחר, מעבר לבית אבות וכדומה. במידה וימצא כי לא פעלת כאמור לעיל, עומדת לוועידת התביעות הזכות לדרוש או ולתבע סכומים ששולמו עקב כך חזרה.
 - במידה ולא תקבל אישור על קבלת טופס זה תוך 30 יום מיום שליחתו/או לברורים נוספים ניתן לפנות: 03-5194400 או בדואר לת.ד. 20064 תל אביב מיקוד 612001.

ועידת התביעות לא תישא כל אחריות בגין חובות לצד שלישי בכלל ולמטפל בפרט

ויתור סודיות :

אני מסמך את ועידת התביעות לקבל ולתת כל מידע אישי הנדרש לצורך קביעת זכאות למימון שעות הסיעוד וביצעו, מכל גוף ממשלתי, ציבורי, או פרטי בישראל או בחו"ל לרבות לקבל, לבדוק ולאמת כל מידע הנדרש לשם כך מכל גורם לרבות ממאגר הרשות לניצולי השואה בישראל, מרשם האוכלוסין במשרד הפנים והמוסד לביטוח לאומי. הפונה מוותר בזאת על זכותו לסודיות במידה ותיפגע כתוצאה מהשימוש במידע שיתקבל לצורך הסיוע. אני יודע כי הסיוע הנ"ל אינו מוקנה לי עפ"י דין וניתן לי עפ"י שיקול דעתה של ועידת התביעות בלבד, השומרת לעצמה את הזכות להמשיך, להפסיק או לשנות את הסיוע. לא תהיה לי כל תביעה כנגד ועידת התביעות בקשר לפנייתי זו. הנני מצהיר שהפרטים הנ"ל נכונים ומלאים, ידוע לי כי מסירת הצהרת כוזבת/או לא מלאה תגרום לביטול זכאותי לסיוע..

שם מלא _____ חתימה _____ תאריך _____

ועידת התביעות
ת.ד. 20064 612001