



## תביעה למתן שיקום מקצועי

### על מנת שניתן יהיה לטפל בתביעתך יש לצרף -

תעודות ואישורים המעידים על השכלתך, הכשרות מקצועיות, ניסיון בעבודה ואבחונים שעברת.

### לידיעתך -

- הינך רשאי להגיש תביעה לנכות (במידה ועדיין לא הוגשה תביעה זו) במקביל להגשת התביעה לשיקום, על-מנת שלא ייפגעו זכויותיך. ללא הגשת תביעה לנכות, תביעתך לשיקום תידחה על-פי חוק.
- שלב ראשון בתהליך הינו אישור הזכאות לשיקום. באישור זה אין משום אישור לתכנית השיקום עצמה.
- הגמלה תשולם לתקופה שאינה עולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשת התביעה לשיקום.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו.
- עליך לצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בטופס התביעה.
- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
  - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il), ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
  - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
  - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

לתשומת ליבך – עליך למלא את כל הסעיפים בטופס התביעה

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

עמוד 1 מתוך 2

<table border="1"> <tr> <td colspan="10">מס' זהות / דרכון</td> </tr> <tr> <td colspan="2">סוג</td> <td colspan="2">דפים</td> <td colspan="2">המסמך</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	מס' זהות / דרכון										סוג		דפים		המסמך						לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' זהות / דרכון																					
סוג		דפים		המסמך																	

**חותמת קבלה**

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
אגף שיקום



**תביעה למתן שיקום מקצועי**

**1**

שם משפחה	שם פרטי	
מספר זהות ס"ב		
מס' זהות / דרכון	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
---/---/----		
<input type="checkbox"/> נכה כללי <input type="checkbox"/> נפגע עבודה <input type="checkbox"/> אלמן/ת תלויים <input type="checkbox"/> אלמן/ת שאירים <input type="checkbox"/> בן/בת זוג של נכה <input type="checkbox"/> מתנדב <input type="checkbox"/> נפגע פעולות איבה <input type="checkbox"/> אסיר ציון <input type="checkbox"/> הורה שילדו הנכה נפטר		
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
@		
<b>אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:</b>		
שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.		
<b>כתובת למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה במשרד הפנים)</b>		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד

**2**

<b>פרטי הבנק</b>			
אם יגיעו לי תשלומי שיקום אבקש להעבירם לזכות חשבון הבנק המפורט להלן			
שם מלא בעל החשבון הנוסף		שם מלא בעל החשבון	
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

פרטי הפגיעה

3

לבן/בת זוג של נכה שאינו ניתן לשיקום מקצועי:

שם הנכה	שם משפחה	מספר זהות ס"ב

סיבות הפנייה לשיקום מקצועי

4

1. סיבות פנייתי לשיקום מקצועי \_\_\_\_\_

2. יש לי בקשה/הצעה מיוחדת בקשר לתהליך השיקום שלי \_\_\_\_\_

3. יש לי זכאות במימון לימודים מגורם אחר \_\_\_\_\_

לא

כן, הגורם הינו:  משרד הביטחון  משרד הבריאות  משרד הרווחה  מינהל הסטודנטים

אחר: \_\_\_\_\_

פרטים על הזכאות \_\_\_\_\_

הצהרה

5

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין 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 בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק שאת פרטיו ציינתי בטופס, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי ושהבנק ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי.

ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לו וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.

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 פרטי מושכי התשלומים.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

חתימת התובע ✕

תאריך \_\_\_\_\_