



## תביעה לקצבת שירותים מיוחדים

### הגשת תביעה לשירותים מיוחדים

קצבת שירותים מיוחדים משולמת למי שזקוק לעזרה רבה בביצוע פעולות היום יום: ניידות בבית, אכילה, הלבשה, רחצה והיגיינה אישית, וכן למי שזקוק להשגחה מתמדת למניעת סיכון לעצמו או לאחרים, ובתנאי שנקבעו לו האחוזים הרפואיים המזכים בקצבה.  
את התביעה ניתן להגיש מגיל 18 ועד 6 חודשים לאחר גיל פרישה.

### כיצד יש להגיש את התביעה

כדי לייעל את הטיפול בתביעתך, יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף את המסמכים הבאים:

מסמכים רפואיים שברשותך, המפרטים את המחלות, הטיפולים והתרופות שאתה נוטל.  
מסמכים נוספים על פי הנדרש בתביעה.

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 וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

על פי החוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 6 החודים שקדמו להגשת התביעה.

### לידיעתך

לאחר הגשת התביעה, במידת הצורך, תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית, ובמקרה של מצב רפואי קשה התביעה תטופל במסלול מהיר.

באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא תשלום במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון \*2496.

מידע מורחב על הקצבה מופיע באתר הביטוח הלאומי/קצבאות והטבות/שירותים מיוחדים לנכים אם יש לך מוגבלות ברגליים, באפשרותך להגיש בנוסף תביעה לקצבת ניידות.

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה ממסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
שירותים מיוחדים

|  |                          |
|--|--------------------------|
| <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>מס' זהות / דרכון</p> </div> <div style="width: 35%;"> <p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p> </div> </div> | <p><b>חותמת קבלה</b></p> |
| <div style="width: 30%;"> <p>סוג המסמך</p> </div> <div style="width: 30%;"> <p>דפים</p> </div> <div style="width: 30%;"> <p>דואר אלקטרוני</p> </div>   |                          |

תביעה לקצבת שירותים מיוחדים

**1 פרטי התובע**

|  |                 |                  |
|--|-----------------|------------------|
| שם פרטי  | שם משפחה        | מספר זהות        |
| <b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>  |                 |                  |
| יישוב  | רחוב            | מספר בית         |
|  |                 | מיקוד            |
|  |                 | תיבת דואר        |
|  |                 | כניסה            |
|  |                 | דירה             |
| 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>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת לעיל)</b>  |                 |                  |
| יישוב  | רחוב            | מספר בית         |
|  |                 | מיקוד            |
|  |                 | תיבת דואר        |
|  |                 | כניסה            |
|  |                 | דירה             |
| <b>מגורים נוכחיים</b>  |                 |                  |
| <input type="checkbox"/> אני מתגורר בביתי <input type="checkbox"/> עם בן משפחה מתחת לגיל 18 <input type="checkbox"/> עם בן משפחה מעל לגיל 18 <input type="checkbox"/> לבד  |                 |                  |
| <input type="checkbox"/> אני מתגורר עכשיו או התגוררתי בחצי השנה האחרונה במסגרת מוסדית (יש לצרף מסמך רפואי הכולל הערכה תפקודית מהמוסד בו אתה שוהה וכן דו"ח סוציאלי מהמוסד הכולל התייחסות להיערכות לשחרור)   |                 |                  |
| שם המוסד   | כתובת המוסד     | תאריך כניסה      |
|  |                 | תאריך יציאה      |

**2**

**פרטי מגיש התביעה (ימולא אם התובע אינו מסוגל להגיש את התביעה בעצמו, עקב מצבו הבריאותי)**

|   |            |                |
|---|------------|----------------|
| שם פרטי   | שם משפחה   | מספר זהות      |
| <b>יחס קרבה לתובע</b>   |            |                |
| טלפון קווי  | טלפון נייד | דואר אלקטרוני: |
|   |            | @              |
| <input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. |            |                |
| <input type="checkbox"/> אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים, נא לציין איזה ולצרף עותק.  |            |                |
| <input type="checkbox"/> ייפוי כוח <input type="checkbox"/> צו אפוטרופסות <input type="checkbox"/> פסק דין                              |            |                |
| <input type="checkbox"/> אם אין ברשותך האמור לעיל, אנא מלא – אני מבקש להתמנות כמקבל גמלה חתימה * תאריך:                                 |            |                |

פרטי הנכות

אני תלוי בעזרת הזולת לביצוע פעולות היום יום (ניידות בבית, אכילה, הלבשה, רחצה והיגיינה אישית)

חולה אונקולוגי (יש לצרף מסמך החתום על ידי אונקולוג. מוצע לצרף טופס של האגודה למלחמה בסרטן)

מטופל בדיאליזה

לאחר השתלה מתורם  לאחר השתלת מח עצם עצמית

תאריך השתלה \_\_\_\_\_ (יש לצרף מכתב שחרור מבית החולים)

אדם עם עיוורון

ברשותי תעודת עיוור ממשרד הרווחה – השירות לעיוור (יש לצרף התעודה)

(במידה וברשותך תעודת עיוור יש לצרפה, אחרת, יש לצרף בדיקת חדות / שדה ראייה)

זקוק להשגחה למניעת סכנה

מונשם

אחר

המחלות והליקויים מהם אני סובל

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

החל מתאריך \_\_\_\_\_ חלה החמרה במצבי מתאריך \_\_\_\_\_

אושפזתי בשנה האחרונה (במידה ואושפזת, יש לצרף מכתב שחרור מבית החולים).

פרטים משלימים

1. האם מייצג אותך ע"ד או חברה למימוש זכויות?  לא  כן (פרט מטה)

| שם עו"ד או חברה למימוש זכויות | כתובת | טלפון |
|-------------------------------|-------|-------|
|                               |       |       |

2. האם נכותך, כולה או חלקה, נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים?  לא  כן, תאריך התאונה \_\_\_\_\_  
**חובה לענות על שאלה זו.**

3. האם נכותך, כולה או חלקה, נגרמה כתוצאה מאירוע מתאונתי (רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר)?  לא  כן, נא פרט \_\_\_\_\_  
**חובה לענות על שאלה זו.** תאריך התאונה \_\_\_\_\_ **חובה לציין תאריך.**

4. פניתי למשרד הביטחון בשל פגיעה במהלך שירותי הצבאי  לא  כן, (יש לצרף דו"ח ועדה רפואית משרד הביטחון)

5. טופלתי בשנה האחרונה על ידי  הלשכה לשירותים חברתיים  התחנה לבריאות הנפש שם הישוב בו טופלתי \_\_\_\_\_

5

**פרטי חשבון הבנק של התובע**

לתשומת לבך, יש למלא מספר חשבון בנק של האדם עבורו מגישים את התביעה

|   |                   |                         |            |
|---|-------------------|-------------------------|------------|
| שם מלא של בעל החשבון                          |                   | מספר זהות של בעל החשבון |            |
| שם מלא _____                                  |                   | ת.ז. _____              |            |
| <input type="checkbox"/> שותפים נוספים בחשבון |                   |                         |            |
| שם הבנק                                       | שם הסניף / כתובתו | מס' סניף                | מספר חשבון |
| _____   | _____             | _____                   | _____      |

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק 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, 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.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
 תאריך חתימת מקבל הגמלה חתימת/חתימות השותפים לחשבון קרבה לתובע

6

**הצהרה על הכנסות**

יש לי הכנסות מעבודה  אין לי הכנסות מעבודה

אני עולה חדש בשנה הראשונה לעליה וקיימת לי הכנסה אחרת / תמיכה / רנטה / תגמול / פנסיה מכל גורם שהוא

7

**הצהרה**

אני החתום מטה תובע גמלת שירותים מיוחדים, ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה 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, ע"י פניה למוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגורי.

ידוע לי, כי בקשה זו יכולה לגרום לשינוי באחוזי הנכות, ולהשפיע על זכאותי לקצבת נכות ולקצבת שירותים מיוחדים (לרבות הפחתתם).

אני מסכים כי המוסד לביטוח לאומי ייקבע את זכאותי על סמך המידע הרפואי, מבלי לזמן אותי לוועדה רפואית, בכפוף לאישור רופא המוסד.

אני מסכים בזאת להעביר מידע למשרד הרווחה – השירות לעיוור, במידה וייקבעו לי 90% נכות רפואית בגין ליקוי ראייה.

כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים. או על שינוי במקום מגורי כגון כניסה למוסד, דיור מוגן וכד'.  
 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.

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
 תאריך חתימת התובע

**חותמת קבלה**

**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
שירותים מיוחדים



**כתב ויתור סודיות רפואית**

**שם הגמלה: נכות- שר"מ**

**פרטים אישיים**

|     |   |                 |          |  |  |  |  |  |  |  |  |     |      |     |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
|-----|---|-----------------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|------|-----|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|
|     | תאריך תביעה   | מספר זהות/דרכון | קוד גמלה |  |  |  |  |  |  |  |  |     |      |     |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
|     | <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">שנה</td><td style="text-align: center;">חודש</td><td style="text-align: center;">יום</td><td colspan="7"></td> </tr> </table> |                 |          |  |  |  |  |  |  |  |  | שנה | חודש | יום |  |  |  |  |  |  |  | <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 33 |
|     |   |                 |          |  |  |  |  |  |  |  |  |     |      |     |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
| שנה | חודש  | יום             |          |  |  |  |  |  |  |  |  |     |      |     |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
|     |   |                 |          |  |  |  |  |  |  |  |  |     |      |     |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |

|         |          |
|---------|----------|
| שם פרטי | שם משפחה |
|---------|----------|

חבר בקופת חולים

כללית     מאוחדת     מכבי     לאומית     אחר \_\_\_\_\_

**הצהרה**

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח \* \_\_\_\_\_