



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
תביעה לתשלום מענק מיוחד
לנפגעי עבודה
 דיור אביזרי עזר רכב

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

עמוד 1 מתוך 2

מס' זהות / דרכון									
סוג		המסמך		דפים		מס' זהות / דרכון			

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	שנת לידה	מספר זהות ס"ב

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:			
		_____@_____			

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב

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.

תאריך הפגיעה	מצב משפחתי	ילדים מתחת לגיל 18
<input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> נשואה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור		
אחוזי נכות שנקבעו _____ <input type="checkbox"/> לצמיתות <input type="checkbox"/> זמניים עד לתאריך _____		

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

האם כתובת בן/בת הזוג זהה לכתובתך? כן לא

2

הנימוקים לתביעה

אנא פרט מטרת המענק לו אתה נזקק וגובה המענק המבוקש _____

עליר לצרף לתביעה מסמכים רפואיים עדכניים שתייחסו למצבך הרפואי, לאשפוזים שהיו בשנים האחרונות, לטיפולים שהינך מקבל ולקשייך התפקודיים הנובעים מפגיעת העבודה שלך.

3

פרטי חשבון הבנק של התובע

אני מבקש לשלם לי את המענק המיוחד, אם יאושר, באמצעות:

שמות בעלי החשבון

מס' הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

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.

תאריך _____ חתימת בעלי החשבון * _____

הצהרה

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 או בנספחיה, 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 הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך **אימות בעלותי בחשבון הבנק** כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/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 היא עלי להמציאם לפי דרישה.**

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.

תאריך _____ חתימת התובע ✕ _____

לשימוש המוסד (סניף)

שם עובד מקבל	נתקבל ביום																				
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">יום</td> <td style="text-align: center;">חודש</td> <td style="text-align: center;">שנה</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>											יום	חודש	שנה							
יום	חודש	שנה																			

צמיתה מיום	פרטי הנכות: % נכות

מהות הפגיעה (אבחנה רפואית)

מצורפים בזה: (א) דו"ח פקיד שיקום
(ב) הצעות מחיר
(ג) חוות דעת רופא

המלצת צוות שיקום סניפי

✕ _____	✕ _____	✕ _____	תאריך חתימה תואר התפקיד
---------	---------	---------	----------------------------------

החלטת המשרד הראשי

_____ חתימה ✕ _____ תאריך