

עמוד 1 מתוך 2

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון _____	מס' ילדים מתחת לגיל 18 _____
סוג המסמך _____	דפים _____

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי
 מינהל הגמלאות
 אגף שיקום
תביעה לתשלום קצבה
מיוחדת לנפגע עבודה

שים לב: עליך לצרף לבקשה דוחות רפואיים עדכניים שתייחסו למצבך הרפואי, לאשפוזים שהיו בשנים האחרונות, לטיפולים אשר אתה מקבל ולקשייך התפקודיים הנובעים מפגיעת העבודה שלך.

1 פרטים אישיים					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב _____	
תאריך הפגיעה שנה _____ חודש _____ יום _____		מצב משפחתי: <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> עגונה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור		מס' ילדים מתחת לגיל 18 _____	
תאריך לידה שנה _____ חודש _____ יום _____		<input type="checkbox"/> אחוזי נכות שנקבעו _____ <input type="checkbox"/> לצמיתות <input type="checkbox"/> זמניים עד לתאריך _____			
האם הינך מקבל: <input type="checkbox"/> קצבה לשירותים מיוחדים <input type="checkbox"/> קצבת סיעוד <input type="checkbox"/> קצבת ניידות <input type="checkbox"/> עזרת הזולת					
כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	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 _____			
<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.					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
האם כתובת בן/בת הזוג זהה לכתובתך? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא					

2 נימוקים לתביעה
אנא פרט את מצבך התפקודי בתחומי הניידות, הלבשה, רחצה, אכילה, שליטה על סוגרים והצורך שלך בהשגחה או בהסעות מיוחדות שלא בתחבורה ציבורית:
_____ _____ _____ _____

3

פרטי חשבון הבנק

שמות השותפים לחשבון

מספר חשבון		מס' סניף	שם הסניף / כתובתו	שם הבנק

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימה על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון 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.

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 יהא עלי להמציאם לפי דרישה.**

תאריך _____ שם השותף/ים _____ מס' ת.ז. _____ חתימה **x** _____

4

הצהרה

הריני מצהיר שהפרטים בבקשה זו הינם 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 פעולה או התחייבות שתיעשה על ידי בעניין הבקשה בטרם אישורה הינה על אחריותי בלבד. ידוע לי שאם תאושר בקשתי עלי להשתמש בכספים שאקבל אך ורק למטרה שפורטה. אני מאשר כי אני מקבל עלי את כל ההתחייבויות הקשורות בקבלת הסכום.

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 **x** _____

לשימוש המוסד

נתקבל ביום _____ שם העובד המטפל _____

% _____ נכות זמנית מתאריך _____ עד תאריך _____

% _____ נכות צמיתה מתאריך _____ עד תאריך _____

אבחנה רפואית _____

מצ"ב: דו"ח פקיד שיקום דו"ח הערכת סיעוד נספח תפקודי חתום ע"י רופא ופקיד שיקום

רמת סיוע מומלצת _____ תאריך תחולה _____

הנמקה: _____

תאריך _____ שם וחתימת פקיד שיקום **x** _____ שם וחתימת מנהל **x** _____

החלטת המשרד הראשי: רמת סיוע מאושרת _____ בתחולה מיום _____

הנמקה: _____

תאריך _____ שם וחתימה **x** _____