



תביעה ל专家组 נוכות כללית, ובקשה להענקה מטעמי צדק

על מנת ליעיל את הטיפול בתביעהך, אנא תצהיר בקשה זו:

- ◀ סיכומי מחלת או כל מסמך רפואי אחר המצוי ברשותך בדבר **מצbatch הרופאי**, המפרטם את כל המחלות הכרוניות, הטיפולים והתרופה שהן נוטל.
- ◀ אם אתה שכיר:
 - ◀ תלושי שכר, או אישורים של מעביד על ההכנסות ב- 15 החודשים האחרונים. (**אישור המעסיק על תקופת ההעסקה ועל שכר החתום ע"י המעסיק – עמוד 5-6 בטופס התביעה**). אם הפסקת לעבוד, יש לצרף אישור מהמעביד.
 - ◀ אם ב-15 החודשים האחרונים קיבלת **דמי מחלת** בעבר תקופות שבהן לא עבדת, או **תשולם כלשהו** מחברת **ביטוח** עקב מחלת שצרכו אישור מהמעסיק או מ לחברת הביטוח.
- ◀ אם החותם על התביעה אינו תובע הקצבה עצמו, נא למלא גם את סעיף 4 בטופס התביעה ולצרף ייפוי כוח, צו אופטרופוף או פסק דין – אם ישנו.
- ◀ לפני הגשת התביעה – בדוק האם יש מסמכים נוספים (לאלה הרשומים לעיל) שעלייך לצרף, לפי הנחיות בגוף>bבקשה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ◀ יש למלא את טופס התביעה על פי הנחיות הרשומות בו. ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בטופס התביעה.
 - ◀ את התביעה בצירוף המסמכים הננספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי או www.btl.gov, ושלוחו אונליין עם המסמכים הננספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הננספים, ושלוחה באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשולח בדואר, בפקס או בתיילת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ◀ לשאלות ובירורים ניתן לפנות להתקשרות למועדון 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

לידיעתך

- ◀ אם לך ולבן/בת זוגך אין אמצעי מחיה, מוצע לך לבדוק את **זכאותך בהבטחת הכנסתה**, שכן זמן הטיפול בתביעה לנכות עשוי להמשך עד 90 ימים.
- ◀ אם אתה בעל **מוגבלות ברגליים**, באפשרות להגיש גם בקשה לבדיקה רפואית לקביעת מוגבלות בניידות.
- ◀ מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il. כולל סרטון הדרכה למילוי הטופס.
- ◀ **באפשרותך לקבל שירות ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא תשולם במרכז יד מכוננת. לקביעת פגישה יש להתקשרטלפון 2496***.

חוובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוקח בלשון ذכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

שם פרטי לשם המשמש	שם משפחה לשם המשמש
סמל זיהות / דרכון מספר זהות	מספר זהות / דרכון מספר זהות
דפים	דפים
סוג המסמך	סוג המסמך

חותמת קבלה	
------------	--

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכונות כללית



תביעה קצבת נכות כללית
ובקשה להענקה מטעמי צדק

פרטי התובע

1

שם משפחתי	מספר זהות 0"ב	שם פרטי	שם משפחתי
-----------	------------------	---------	-----------

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	----------	-------	------	-------	-------

טלפון נייד	טלפון קווי
------------	------------

דואר אלקטרוני:
@_____

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מספר זהות איש קשר 0"ב
------------------	-----------------	--------------------------

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לדייעך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה בתעודה זהות)

רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	----------	-------	------	-------	-------

פרטים על עבודה בעבור 15 החודשים האחרונים (יש לרשום את הפרטים ולצרכו אישורי שכר)

2

- לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: _____
- עבדתי והפסיקתי לעבוד, פרט את הסיבה: _____
- אני ממשיר לעבוד _____

פרטים על העבודה

הכנסה (ברוטו)	מספר שעות עבדה ביום או היוף משרה	תקופת עבודה		תקופת עבודה (עבודה היום או עבודה אחרונה)
		מタאריך	עד תאריך	
שם _____	טלפון: _____			

האם ב- 15 החודשים האחרונים קיבלת דמי מחלת בעבור תקופות שבן לא עבודה, או תשלום כלשהו לחברת ביטוח יעקב מחלת? _____

לא כן, מהמעסיק (ऋף אישור) כן, לחברת ביטוח _____ (ऋף אישורים)

האם יש לך או הייתה לך ב-15 החודשים האחרונים הכנסה שלא מעבודה, כמו פנסיה (ישראל או מחוז"ל), תמייה לתלמידי ישיבות, תגמול משרד הביטחון, תלמידים לחברת ביטוח, הכנסה הונית, מזנות, הכנסה מרכוש וכד'?
 לא כן, פרט: _____

פרטים על הנכות – סמן את הסעיף בו מתוארת המחלת או התס敏ים מהם אתה סובל. אם נבדקת ע"י רופא מומחה בתחום המחלת – נא צרף העתק של חוות הדעת. אם אושפזת בבית חולים בגין המחלת – נא צרף את מכתב השחרור

האם אושפזת בגין המחלת בשנתיים האחרונות?	האם נבדקה אצל רופא מומחה בתחום המחלת?	מתאריך (שנה, חודש)	סמן ב- "V" במחלה או התס敏ים מהם אתה סובל
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		בעיה נפשית (מקבל טיפול) <input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		הפרעות בבלוטת התריס <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		יתר לחץ דם <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ליקוי שכלי <input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ליקוי שמיעה <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ליקוי ראייה ומחלות עיניים - האם קיבלת תעודת עיזור ממשרד הרווחה- השירות לעיזור <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן נמצא בתהיליך הכרה לטעודת עיזור <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		מחלת אורתופדיית (גפיים עליונות ותחתונות, גב, צוואר, דלקת פרקים) <input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		מחלות בתחום נירולוגי (כולל אלצהיימר, פרקינסון, אפילפסיה ואירוע מוחי) <input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		מחלות דרכי עיכול (כולל קיבה ומעיים) <input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		מחלת כבד (כולל צחבת) <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		מחלת כליות (כולל דיאליזה) <input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		מחלת לב <input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		מחלת עור <input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		מחלת ריאות (כולל אסטמה) <input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		סכנת <input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		סרטן (כולל לימפומה ולוקמיה) <input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		קורונה <input type="checkbox"/> 17
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		אחר <input type="checkbox"/> 18
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		אחר <input type="checkbox"/> 19

נא סמן האם עברת אחת או יותר מהבדיקות המפורטות להלן בשנתיים האחרונות (אם כן, נא צרף את תוצאות הבדיקות):
 אקזם לב EMG CT (טומוגרפיה ממוחשבת) MRI (תוהודה מגנטית) תפוקוד ראות צנטור אנדרוסופיה

האם נוכך כולא או חלקה נגרמה כתוצאה מתאונת דרכיים: לא כן, תאריך תאונה: _____ - **חובה לענות על שאלת זו**
 האם נוכך כולא או חלקה נגרמה כתוצאה מאירוע תאוני אחר / נוסף (רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגעה מגורים אחר וכיו"ב) לא כן, נא פרט _____ - **חובה לענות על שאלת זו**
 תאריך האירוע: _____ - **חובה לעצין תאריך**

האם פנית למשרד הביטחון בשל פגעה במהלך השירות הצבאי? לא כן, צרף העתק של דוח הוועדה הרפואית

אם טופלת בשנה שעברה ע"י הלשכה לשירותים חברותיים או התינה לבריאות הנפש, סמן "V" במקום המתאים וציין את הכתובת/שם היישוב:

הסכם לקביעת הנכות ע"י הרופא ללא נוכחות
 אני מסכים בזאת, שרופא יקבע לי את אחוזי הנכות הרפואי, ע"פ מסמכים בלבד ובלי בזמן אותו לדיקת רפואי. ידוע לי שאף שנתית את הסכמי לכר, יתכן שהיא עלי' להגיע לבדיקה, אם הרופא ידרשו זאת.
 חתימת התובע x

אם המבוטח מיוצג ע"י עוז"ד או חברה או אם אינו יכול להגיש תביעה עקב מצבו הבריאותי,
על מגיש התביעה למלא את הפרטים הבאים:

פרטי מגיש התביעה			
מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	יחס קרוב לתובע
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> קרוב משפחתי <input type="checkbox"/> אפוטרופוס <input type="checkbox"/> עוז"ד <input type="checkbox"/> חברה מייצגת <input type="checkbox"/> אחריו <input type="checkbox"/> אחרת
דואר אלקטרוני _____@_____	טלפון להתקשרות	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ייפוי כוח <input type="checkbox"/> או אופטראפטות <input type="checkbox"/> פסק דין <input type="checkbox"/> אחרת: אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל צין איזה וצרף העתק
	חתימה *	<input type="text"/>	תאריך _____

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבון פרטי רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	מספר חשבון	שם הסניף / כתובתו	מספר סניף
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכיספי הבקשה
שיפוקו לחשבון, בעבור מקבל הבקשה.
אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיפוי הכוח בחשבון, ולדאוג להחותמים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למועד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיפוי הכוח, בהמלצת קופת הזכויות ולאחריה.
אני מסכים, שהבנק הנ"ל יחזיר למועד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתור חשבוני, אם המודע יפקיד לחשבון תשלום אשר יכול או חילקו שלום בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למועד את פרטייהם של מושכי התשלומים.
אני מסכים כי המודע יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל
ושהבנק הנ"ל / או עובד מטעמו ימסור למועד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון שמסורתו לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המודע רשאי לדרש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרטה לעיל וכי היא עלי להמציאם לפי דרישתך.

תאריך _____
חרימת תובע הקצבה *
חרימת/חתימות השותפים לחשבון *
קרובה לתובע *

הצהרת התובע או מגיש התביעה

אני החתום מטה תובע קצבת נכסות, ומזהיר בזאת, כי כל הפרטים שמסרטתי בתביעה זו ובನספחה הם נכונים ומלאים. ידוע לי
שמיסירת פרטיים לא נכון או עלולמת נתנים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידיעון למתן קצבה לפि
חוק זה או להגדלתה, על ידי העלמת פרטיים שיש להם חשיבות לעניין, דין קנס כספי או מאסר.
ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרטתי בתביעה זו ובನספחה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לקצבה או על יצירת חוב,
ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 ימים. כמו כן, אני מתחייב להודיע למועד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה
על 3 חודשים.

במידה ועל סמך המסמכים הרפואיים ניתן יהיה לקבוע קצבת נכסות בשיעור מלא, אני מסכים כי הקצעה תעשה ללא
זמןוי לבדיקה. ידוע לי כי בכל מקרה יוכל לבקש זמן לבדיקה.
אני מסכים לוועדה בוידאו צ'אט כן לא.

אני מסכים בזאת שעובד שיקום ייתן חוות דעת בנוגע לנושר הש��ורתי על סמך **שייה טלפון** או זום וזאת לאור בקשת
שלא להגיע לפגישה אישית בסכיף. ידוע לי חוות דעת זאת של פקיד שיקום, ניתנת לאזור בדיקת זכאותי לקצבת נכסות.
אני מסכים לבדוק לצורך שירותים מיחדים, אם תהיה המלצה של רופא הסכיף על בדיקה זו.

אני מסכים להעביר מידע למשרד הרווחה-השירות לעיור במידה ויקבעו לי 90% נכסות רפואי בגין ליקוי ראייה.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למועד לביטוח לאומי.
במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע ישלח באמצעות הערכחים אותן צינית על גבי טופס זה.

אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודוטוי לגורםנו נתני הטבות.

חתימת התובע או מגיש התביעה*

תאריך _____

המוסד לביטוח לאומי
מינוח הגמלאות
נכונות כללית



כתב ויתור סודיות רפואי

שם הגמלאה: נוכות כללית

פרטים אישיים

תאריך תביעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלאה
		33
שם פרטי	שם משפחה	
חבר בקופת חולים		
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומי <input type="checkbox"/> אחר _____		

הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מזמין על הסודיות הרפואי שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כחוי, כל מידע בקשר למחלתי, מצב הרפואתי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידמ או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי".

x

חתימת התביעה

תאריך _____

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכונות כללית



אישור המעסיק על תקופת העסקה ועל השכר

פרטי המעסיק

שם המעסיק	מספר תיק ניכויים / מס' ת.ז.	
מספר טלפון	מספר פקס	דואר אלקטרוני
<input type="text"/>		

פרטי העובד השכיר

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות 0"ג
<input type="text"/>		
העובד הוועסק מהתאריך _____ עד תאריך _____ הסיבה לפסקת העבודה: <input type="checkbox"/> פרש מהעבודה סופית בתאריך _____ <input type="checkbox"/> ממשיך לעבוד: חלקיות משרה _____ <input type="checkbox"/> יתרת ימי מחלה שלא נוצלו _____ <input type="checkbox"/> ימי המחלה נוצלו במלואם בתאריך _____		

תשלים אחרים

1. האם שולמו (למעט דמי מחלה) תשלים כלשהם מיום הפסקת העבודה בפועל ועד ליום הפרישה (עד ניתוק ייחסי עובד-מעביד)?

לא כן

2. האם מבוטח לעניין اي כושר עבודה בחברת ביטוח? לא כן, שם החברה _____
 מהות התשלום: _____

פרטים על העבודה והשכר

יש למלא פרטיטים על עבודות השכיר ועל השכר ב-15 החודשים האחרונים או לחודשים שקדם למועד הפקת העבודה, כולל חדש עבודה אחרון.

חודש/בנה	השכר ברוטו החייב בדמי ביתוח לאומי בש"ח	סכום דמי מחלת ששולמו	תוספות שנכללו בסכום (הבראה, ביגוד ועוד)	סכום	סיבה
				סכום דמי מחלת ששולמו	סכום
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו של העובד

תאריך _____ חתימתם מלא הטופס ותפקודו ✗ _____ חתימה וחותמת המ雇主/העסק ✗