

מדינת ישראל
משרד הביטחון / אגף השיקום

מחוז שיקום: מספר תיק:

א. בקשה לתגמול מיוחד/נוסף לפי תקנה 15/14 של תקנות הנכים (טיפול רפואי)

שם משפחה ופרטי	% נכות	תאריך שחרור	סוג שרות חובה/קבע/אחר	תט"ר ברציפות מ-	מצב משפחתי וילדים עד גיל 21

ב. אני החתום/ה מטה מבקש/ת לשלם לי את התגמול הנ"ל לתקופה:

1. מתאריך _____ עד תאריך _____ 3. מתאריך _____ עד תאריך _____ אשפוז/הבראה
 2. מתאריך _____ עד תאריך _____ 4. מתאריך _____ עד תאריך _____ אשפוז/הבראה

ג. לאימות הבקשה/או לאימות קבלת תשלומים ממקור אחר, ציין X וצרף המסמכים הדרושים:

הצהרה בשבועה דו"ח שומה מקום עבודתי בטל"א האוצר קצבה
 משטרה/שב"ס מבטחים אחר _____

ד. שכיר/ה: שם המעביד _____ (בן זוג עובד כן/לא מקום עבודה _____)

עצמאי/ת: אני עובד/ת כעצמאי/ת בתור: _____ כתובת העסק: _____

ה. העברת תגמולים: אבקש להעביר: לחשבוני למקום עבודתי – מס' מוטב _____ (לשימוש חשב תגמולים)

ו. הנני מצהיר/ה בזה כי כל הפרטים שרשמתי בבקשה זו הינם שלמים ונכונים

תאריך	חתימת המבקש/ת	שם וחתימת עובד הלשכה המאמת/ת את חתימת המצהיר/ה
		חתימה: _____ תאריך: _____