



תביעה אישית בגין אובדן כושר השתכרות

הנחיות למגיש בקשה לפי חוק השתלת איברים התשס"ח - 2008

טופס זה משמש לתביעה אישית להחזר בגין אובדן כושר השתכרות. הטופס דן בהנחיות, מסמכים לצירוף וטופס התביעה. מיועד למילוי על ידי מגיש התביעה, פקיד תביעות ובמקרה שמגיש התביעה הוא שכיר, יש לצרף גם אישור מעסיק.

הנחיות

- יש להקפיד למלא את טופס התביעה במלואו על נספחיו כאשר השדות המסומנים בכוכבית אדומה (*) הינם חובה למילוי.
- יש להקפיד למלא את כל השדות הנדרשים בכתב ברור וקריא ולצרף את כל המסמכים הנדרשים.
- טופס זה נכתב בלשון זכר, אך מתייחס לשני המינים כאחד.
- יש לרשום מספר תעודת זהות מלא בן 9 ספרות.
- יש למלא את פרטי חשבון הבנק הפעיל והאישי של התובע בלבד ולצרף שיק מקור בלבד המסומן כמבוטל ו/או אישור מסניף הבנק בו מתנהל החשבון (אישור ניהול חשבון).
- יש להקפיד על חתימת התובע בסעיף 6 לטופס התביעה.
- יש לצרף טופס כרטיס עובד ממולא. ניתן להוריד ולהדפיס את [הטופס מאתר מס הכנסה](#).
- לתשומת ליבך: אי מילוי סעיף 4 בטופס התביעה, בצירוף האישורים הנדרשים, ימנע מאתנו לטפל בתביעתך.**
- לשאלות וביירוטים יש לפנות לאסנת בטלפון שמספרו 03-6061742 בימים א' - ה' בין השעות 08:30 - 14:00.
- לפרטים נוספים ניתן להיעזר [באתר האינטרנט של משרד הבריאות](#).
- את הטופס המלא, על נספחיו, יש למסור או לשלוח בדואר: מרכז לאומי להשתלות - משרד הבריאות, רחוב נח מוזס 15 תל אביב, מיקוד 67442

מסמכים נדרשים

- שכיר** - יש להגיש אישור המעסיק על עבודה ושכר, כמו כן תלושי שכר של שלושת החודשים האחרונים לפני התרומה (לא כולל את חודש התרומה).
- עצמאי** - שומה (הכנסה החייבת במס לשנת מס) של השנה הקודמת לתרומה אישור פקיד שומה על ניכוי מס. במידה ולא יסופק תיאום מס, ינוכה מס בשיעור המרבי.
- לא שכיר ולא עצמאי** - יש להגיש אישור מביטוח לאומי הנקרא "**אישור מעמד**" לשכירים ולעצמאיים יש לגשת למס הכנסה עם מספר תיק ניכויים של משרד הבריאות - 943006098, ישנה אפשרות לבצע תאום מס מקוון במחשב (למי שיש אפשרות יחסוך לעצמו זמן והתרוצצות). www.misim.gov.il

פרטי הבקשה

לנוחותך, רצ"ב

- [חוק השתלת איברים, התשס"ח 2008](#)
- [תקנות השתלת איברים \(תשלום פיצוי והחזר כספי בעד הוצאות לתורם\) התשס"ח 2010](#)

עמוד - 1 - מתוך 7

תביעה אישית בגין אובדן כושר השתכרות

מס' תעודת זהות/דרכון <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> דפים סוג המסמך <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	לשימוש פנימי בלבד (סקירה)	חותמת קבלה
--	---------------------------------	-------------------

1. פרטי התובע

*שם משפחה:	שם משפחה קודם:	*שם פרטי:
*ת"ז:	*תאריך לידה:	*תאריך תרומה:
*מין:	*מצב משפחתי:	<input type="checkbox"/> ידועה ציבור <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
<input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> נשוי/אה		

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

*רחוב:	*מס' בית:	כניסה:	*דירה:
*יישוב:	תא דואר:	*מיקוד:	

טלפון קווי:	*טלפון נייד:	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת SMS
*דואר אלקטרוני:		

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

*רחוב:	*מס' בית:	כניסה:	*דירה:
*יישוב:	תא דואר:	*מיקוד:	

2. פרטי חשבון הבנק של התובע**

*שם/שמות בעלי החשבון:	<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוץ
*סוג החשבון:	

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

3. הנחות ופטורים ממס הכנסה

נא לצרף אישור פקיד שומה על ניכוי מס, במידה ולא יסופק תיאום מס, ינוכה מס בשיעור המרבי.

עמוד - 2 - מתוך 7

יש לצרף צילום תעודת הזהות והספח.

** יש לצרף שיק המסומן כמבוטל ו/או אישור מסניף הבנק בו מתנהל החשבון.

4. פרטי העיסוק

על מנת לאפשר טיפול מהיר, חובה לסמן סוג עיסוק ולצרף מסמכים כנדרש.

לתשומת ליבך: אי מילוי כל הנתונים הנדרשים יעכב את הטיפול בתביעה.

<input type="checkbox"/> עצמאי -	אין לי הכנסה נוספת מעבודה כשכיר. אני תובע גמול כעצמאי בלבד.
מצ"ב:	<input type="checkbox"/> שומת מס הכנסה אחרונה. <input type="checkbox"/> 3 שוברי מקדמות משולמים של ביטוח לאומי, בהם מצוין מעמד המבוטח.
<input type="checkbox"/> עצמאי ושכיר -	אני תובע תגמול על בסיס הכנסותיי, כשכיר וכעצמאי.
מצ"ב:	<input type="checkbox"/> אישור המעסיק על עבודה ושכר. <input type="checkbox"/> תלושי שכר עבור 3 חודשים שקדמו לחודש בו נתנה התמורה. <input type="checkbox"/> שומת מס הכנסה אחרונה. <input type="checkbox"/> 3 שוברי מוקדמות משולמים של ביטוח לאומי, בהם מצוין מעמד המבוטח.
<input type="checkbox"/> שכיר -	<input type="checkbox"/> עבדתי במשך חודשיים לפחות מבין 3 החודשים שקדמו לחודש בו נתנה התרומה ואני תובע תגמול על בסיס הכנסותיי מ- 3 החודשים שקדמו לחודש בו נתנה התמורה.
מצ"ב:	<input type="checkbox"/> אישור המעסיק על עבודה ושכר. <input type="checkbox"/> תלושי שכר עבור 3 חודשים שקדמו לחודש בו נתנה התמורה.
	<input type="checkbox"/> עבדתי פחות מ-60 ימים ב- 3 החודשים שקדמו לחודש בו נתנה התרומה ואני תובע גמול על בסיס הכנסותיי ב- 3 חודשים בהם עבדתי במהלך 6 החודשים שקדמו לחודש בו נתנה התרומה.
מצ"ב:	<input type="checkbox"/> אישור המעסיק על עבודה ושכר. <input type="checkbox"/> תלושי שכר עבור 3 חודשים בהם עבדתי במהלך 6 החודשים שקדמו לחודש בו נתנה התמורה.
<input type="checkbox"/> לא שכיר ולא עצמאי -	החל מיום _____ <input type="checkbox"/> חלפו מעל 60 יום מהפסקת העבודה ועד ליום התרומה.
מצ"ב:	<input type="checkbox"/> אישור המעסיק על עבודה ושכר. <input type="checkbox"/> מכתב המעסיק על הפסקת העבודה.
	<input type="checkbox"/> חלפו פחות מ- 60 יום מהפסקת העבודה ועד ליום התרומה.

עמוד - 3 - מתוך 7

מצ"ב: <input type="checkbox"/> תלושי שכר עבור 3 חודשים שקדמו להפסקת עבודה. <input type="checkbox"/> אישור המעסיק על עבודה ושכר. <input type="checkbox"/> מכתב המעסיק על הפסקת העבודה.

5. תביעה בגין תשלומי שכר שאינם קבועים - כגון: בונוס שנתי ומענקים ולמעט הפרשים.

מצ"ב: <input type="checkbox"/> טופס פירוט שכר שנתי. תשלום זה יתפרס על פני 12 חודשים לאחור ובלבד שהתשלום מהווה 25% ויותר מהשכר החודשי הרגיל.
--

6. 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 ביודעין 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 בבקשה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי להחזר כספי או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למשרד הבריאות, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם משרד הבריאות יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין וכן שהבנק ימסור למשרד הבריאות את פרטי מושכי התשלומים.

תאריך: _____	חתימת התורם: _____	חתימת שותף לחשבון: _____
--------------	--------------------	--------------------------

הערות פקיד תביעות:

עמוד - 4 - מתוך 7

*תאריך: _____ *חתימת פקיד התביעות: _____

אישור המעסיק על עבודה ושכר

1. פרטים על עבודה ושכר

*תאריך תחילת עבודה	*מעמד העובד	*סוג תביעה
יש לציין יום, חודש ושנה	<input type="checkbox"/> חודשי	<input type="checkbox"/> רגילה
	<input type="checkbox"/> שנתי	<input type="checkbox"/> אחר, פרט _____

2. טבלת שכר

הנני לאשר בזאת שמר/גברת:

*שם משפחה:	*שם פרטי:	*מספר תעודת זהות/דרכון (חובה לצרף צילום דרכון):
------------	-----------	--

1. הפסיק לעבוד אצלנו בתאריך _____
2. מועסק על ידנו כעובד שכיר מיום _____
3. שכרו משולם על בסיס: <input type="checkbox"/> חודשי <input type="checkbox"/> יומי <input type="checkbox"/> שעותי <input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____
4. שולם לעוד תגמול בסך: _____ ₪
5. קיימת קירבה משפחתית בין המעסיק לעובד <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה: _____
6. הנ"ל נמנה עם בעלי החברה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן

7. פרטים על העבודה והשכר:

שים לב:

- כל תיקון ברישום מחייב חתימה וחותמת.
- שולמו תשלומים כגון דמי מחלה, תמורת חופשה, דמי פגיעה, תגמולים ממילואים, יש לכלול אותם בעמודות סך כל השכר.
- אין לכלול הפרשים עבור חודשים שאינם מהווים בסיס לחישוב התגמול - אם שולמו הפרשים יש לציין הסכום ועבור איזה חודש שולמו.
- שולם תשלום חד פעמי (תשלום נוסף) - רשום את סוג התשלום (משכורת י"ג, בונוס תקופתי, הפרשים), יש לציין את התקופה בעדה שולם.

עמוד - 5 - מתוך 7

פירוט תשלומים חד פעמיים והפרשי שכר			סך כל שכר ברוטו כולל תשלומים חד פעמיים והפרשי שכר החייב בדמי ביטוח	מס' ימי עבודה בפועל	חודש	#
התקופה שבעדו שולם	סוג התשלום	סכום				
						.1
						.2
						.3
						.4
						.5
						.6

3. הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים המופיעים באישור זה נכונים.

מספר תיק ניכויים

<p>הנני מצהיר שסכומי השכר שנרשמו בטבלת השכר, הינם שכר העובד בפועל החייב בדמי ביטוח כפי שנרשם בתלושי השכר, לחודשים המשמשים בסיס לחישוב התגמול.</p> <p>הנני מצהיר כי בתביעה כלולים הפרשי שכר ששולמו בפועל בעד אותם חודשים המשמשים בסיס לחישוב התגמול.</p> <p>ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים, או העלמת נתונים, הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן גמלה לפי חוק זה או להגדלתה על-ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס או מאסר.</p>
שם מקום העבודה:
כתובת מקום העבודה:
שם החותם ותפקידו:
<p>*תאריך: _____ *חתימה וחותמת העסק: _____</p>

עמוד - 6 - מתוך 7

לטיפול משרד הבריאות בלבד

אישור פקיד תביעות

נדחתה מהסיבות הבאות:

*תאריך: _____ *שם פקיד התביעות: _____ *חתימה: _____

הנתונים שהזננו מתאימים לפרטי התביעה

התביעה הוחזרה לפקיד תביעות מהסיבות הבאות:

*חותמת בקרת תקינות: _____

עמוד - 7 - מתוך 7