



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה

**בקשה לבדיקה מחדש
למקבל קצבת ילד נכה**

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <p>מס' זהות / דרכון</p>	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p>חותמת קבלה</p>
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <p>סוג המסמך</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<p>דפים</p>

1 פרטי הילד

<p>שם משפחה</p>	<p>שם פרטי</p>	<p>מספר זהות ס"ב</p>
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד

האם הילד שוהה עכשיו או שהה בעבר במוסד או במשפחה אומנת או בפנימייה? לא כן: במוסד / בפנימייה כתובת: _____
 במשפחה אומנת כתובת: _____
 שהה מתאריך _____ עד תאריך _____ ומתאריך _____ עד תאריך _____
 עדיין שוהה

2 פרטי מגיש התביעה

<p>שם משפחה</p>	<p>שם פרטי</p>	<p>מספר זהות ס"ב</p>
קרבה אל הילד:		
<input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> אח/אחות <input type="checkbox"/> סב/סבתא <input type="checkbox"/> אפוטרופוס (יש לצרף צו אפוטרופוסות) <input type="checkbox"/> אחר _____		
כתובת מגורים/מען למכתבים ופרטי התקשרות: <input type="checkbox"/> עם הילד <input type="checkbox"/> אחר, פרט:		
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.

פרטים על מצבו הבריאותי של הילד (יש לצרף מסמכים רפואיים מעודכנים)

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה 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 בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על הזכאות לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי, כי עליי להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים. במידת הצורך, אני מסכים לבדוק מחדש את הליקוי הרפואי. ידוע לי, שבדיקה זו יכולה לגרום לשינוי ולהשפיע על הזכאות לקצבת ילד נכה (לרבות הפחתה).

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.

אני מסכים לוועדה בוידאו צ'אט כן לא.

אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

תאריך _____ חתימת מגיש התביעה ✕ _____

עמוד 3 מתוך 3

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: שר"מ וילד נכה

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	שם פרטי						
30		<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				
שנה	חודש	יום							
שם משפחה		שם פרטי							
חבר בקופת חולים									
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____									

הצהרה

אני _____ הח"מ, מספר זהות _____

יחס קרבה לר"מ הורה אפוטרופוס אחר _____

מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלה, מצב הרפואי, הטיפול שניתן, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודות המבוטח.

תאריך _____ חתימת מגיש התביעה ✕ _____