



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות – ילד נכה

חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך		דפים							

בקשה לבדיקת תלות  
למקבל קצבת ילד נכה

בדיקה זו היא בדיקה פיזית בוועדה, הבוחנת את מידת התלות בעזרת הזולת בביצוע פעולות היום יום (אכילה, נידות בתוך הבית, הלבשה, רחצה היגיינה אישית)

פרטי הילד

1

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
<p>האם הילד שווה עכשיו במוסד או במשפחה אומנת או בפנימייה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן:</p> <p><input type="checkbox"/> במוסד / בפנימייה כתובת: _____</p> <p><input type="checkbox"/> במשפחה אומנת כתובת: _____</p>					

פרטי מגיש התביעה

2

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
<p>קרבה אל הילד:</p> <p><input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> אח/אחות <input type="checkbox"/> סב/סבתא <input type="checkbox"/> אפוטרופוס (יש לצרף צו אפוטרופסות) <input type="checkbox"/> אחר _____</p>					
<p>כתובת מגורים/מען למכתבים ופרטי התקשרות: <input type="checkbox"/> עם הילד <input type="checkbox"/> אחר, פרט:</p>					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד		דואר אלקטרוני		
_____		_____		_____@_____	

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

פרטים על מצבו התפקודי 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.

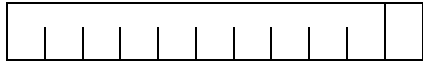
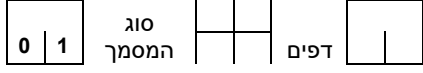
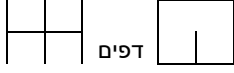
ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על הזכאות לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

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.

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.

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

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מגיש התביעה ✕ \_\_\_\_\_

 מס' זהות / תיק ניכויים	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	<b>חותמת קבלה</b>
 סוג המסמך: 0   1	 דפים	


המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות – ילד נכה



### אישור על לימודים

טופס זה ימלא הגורם החינוכי ויחתום עליו בעבור ילדים מגיל 3 ומעלה שימו לב, יש למלא את הטופס לשנת הלימודים הנוכחית.

#### פרטי הילד

מספר זהות 	שם פרטי	שם משפחה
--	---------	----------

שם המסגרת החינוכית: \_\_\_\_\_  בתנאי פנימייה  לא בתנאי פנימייה

כתובת המסגרת החינוכית: \_\_\_\_\_ מס' טלפון: \_\_\_\_\_

הילד נמצא במסגרת חינוך  רגיל  מיוחד

החל את הלימודים בתאריך \_\_\_\_\_ תאריך סיום לימודים (משוער)

מס' ימי לימוד בשבוע \_\_\_\_\_ מס' שעות לימוד ביום \_\_\_\_\_

#### סידורי הסעה למסגרת החינוכית

הילד מגיע למקום הלימודים:

ברגל  ברכב המשפחה  בתחבורה ציבורית  בהסעה מאורגנת  אחר \_\_\_\_\_

האם נדרש ליווי למסגרת החינוכית:  לא  כן, פרט את העזרה הנדרשת, סיבתה ומי מלווה

#### סידורי אכילה ושתייה

האם מוגשת ארוחה לתלמידים?  כן  לא

האם הילד אוכל ושותה בכוחות עצמו?  כן  לא

הערות: \_\_\_\_\_

#### היגיינה אישית

האם הילד שולט על הפרשותיו (שתן, צואה)?  כן  לא

האם הילד מסתדר בעצמו בשירותים וברחצה של הפנים והידיים?  כן

לא, פרט במה מתקשה ואיזו עזרה נדרשת \_\_\_\_\_

#### עצמאות

האם הילד מסוגל להישאר לבדו מספר שעות ביום?  כן  לא, פרט מה הסיבות לכך \_\_\_\_\_

**התקפים**

אופי ההתקף הרפואי  אפילפסיה  אסטמה  אחר פרט \_\_\_\_\_

האם הילד קיבל במסגרת החינוכית התקפים כלשהם?  לא  כן, מהי תדירות ההתקפים? \_\_\_\_\_  
 מתי היה ההתקף האחרון? \_\_\_\_\_  
 תיאור אופי ההתקף (כולל משך זמן ממוצע להתקף)

האם הילד מרגיש, כי ההתקף קרב?  לא  כן, כיצד מתנהג \_\_\_\_\_  
 תאר את התופעות לאחר ההתקף \_\_\_\_\_

אופי ההתקף הנפשי  חרדה  אחר פרט \_\_\_\_\_  
 האם הילד קיבל במסגרת החינוכית התקפים כלשהם?  לא  כן, מהי תדירות ההתקפים? \_\_\_\_\_  
 מתי היה ההתקף האחרון? \_\_\_\_\_

תיאור אופי ההתקף (כולל משך זמן ממוצע להתקף) \_\_\_\_\_

האם הילד מרגיש כי ההתקף קרב?  לא  כן, כיצד מתנהג \_\_\_\_\_

תאר את התופעות לאחר ההתקף \_\_\_\_\_

**התנהגות הילד**

תאר את התנהגות הילד (קשב וריכוז, באיזו מידה הוא ממושמע, באיזו מידה הוא יודע לקבל גבולות, הקשר עם בני גילו, הקשר עם הסביבה)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**הערות נוספות**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם המוסד החינוכי וחותמת ✕ \_\_\_\_\_

שם ממלא הטופס ותפקידו ✕ \_\_\_\_\_