



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נפגעי פעולות איבה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות									
סוג המסמך		דפים							
0									

הצהרה לצורך קבלת תגמול רפואי לעובד עצמאי

1

פרטי המצהיר

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות
ס"ב

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2

הצהרה

הנני מצהיר בזאת כי:

- הנני מבקש תגמולים על ביטול ימי עבודה עקב הזדקקותי לטיפול רפואי: מתאריך _____ עד תאריך _____ (סה"כ _____ ימים) לפי אישור הרופא המוסמך המצ"ב לתביעה.
 - עבודתי הרגילה הינה בתעסוקה עצמית כמפורט להלן:
שם העסק _____ עיסוק _____
כתובת העסק _____
מספר עובדים _____ הנני עצמאי מתאריך _____
 - בתקופת ביטול ימי עבודה שצוינו לעיל לא עבדתי בעסקי או בכל עיסוק אחר.
 - בתקופה שצוינה לעיל הובטלתי יום ביטול חלקי של _____ שעות. (מתייחס לזכאי המובטל יום ביטול חלקי).
 - סכום הכנסתי הרגילה לשנת המס הקודמת היתה _____ ש"ח עפ"י הצהרתי לשלטונות מס הכנסה לשנת השומה הקודמת. מצ"ב שומה משלטונות מס הכנסה.
 - ידוע לי שבמידה ושיעור הכנסתי לשנת השומה הנוכחית יהיו פחותים מהנקובים בסעיף 4 לעיל, אהיה זכאי להגיש בקשה להשלמת התשלום ששולם לי על פי תקנות טיפול רפואי, אם אמציא שומה המאשרת זאת מאת שלטונות מס הכנסה ולאחר בדיקה נוספת.
 - אם שיעור הכנסתי לשנת השומה הנוכחית יהיו גדולים מהנקובים בסעיף 4 לעיל, ינוכה מתגמולי הסכום העודף שקיבלתי לפי תקנות טיפול רפואי.
 - איני מקבל קצבה מכל מקור אחר.
 - אני מקבל קצבה או הכנסה ממקור אחר, פרט _____
 - תצהיר זה ניתן בתמיכה לבקשתי לקבלת תגמול לפי תקנות טיפול רפואי על ביטול ימי עבודה.
- תאריך _____ חתימת המצהיר * _____