



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף ועדות רפואיות

**בקשת תשלום עבור שרותי
תמלול/תרגום לשפת הסימנים**

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך דפים

טופס זה ימולא בוועדה רפואית/בפגישה עם פקיד שיקום על ידי המתורגמן/מתמלל (המועסק על ידי המכון לקידום החרש דרך סל הקליטה של משרד הרווחה). לקבלת התשלום על המתורגמן/מתמלל להעביר את הטופס למכון לקידום החרש.

1 פרטי המבוטח – ימולא על ידי מבקש השירות

שם משפחה	שם פרטי	סניף	מספר זהות ס"ב
תאריך התרגום		שעת התרגום משעה _____ עד שעה _____	
סוג המפגש:	<input type="checkbox"/> חוות דעת לוועדה <input type="checkbox"/> ועדה דרג ראשון <input type="checkbox"/> ועדה דרג שני <input type="checkbox"/> פקיד שיקום לצורך ועדת אי כושר		
נושא:	<input type="checkbox"/> נכות כללית ושר"מ <input type="checkbox"/> ילד נכה <input type="checkbox"/> נכות מעבודה <input type="checkbox"/> איבה, אסירי ציון		

1

2 פרטי המתרגם – סעיף זה ימולא בעת המפגש על ידי נותן שירות התרגום/תמלול

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
חתימת המתרגם * _____		

2

3 אישור ההזמנה – ימולא על ידי מי שעימו נפגשת

שם הרופא בוועדה הרפואית _____ חתימה * _____

שם פקיד שיקום _____ חתימה * _____

שם המבוטח _____ חתימה * _____

3