



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף ועדות רפואיות

**בקשה להזמנת שרותי
תמלול/תרגום
לשפת הסימנים**

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך דפים

טופס זה ימולא על ידי מבקש שירותי תרגום מהביטוח הלאומי לוועדה הרפואית/פגישה עם פקיד שיקום. לקבלת השירות יש לשלוח את הטופס ישירות לסניף המטפל באמצעות אתר הביטוח הלאומי/ שליחת מסמכים, פקס או באופן ידני בדלפק השירות בסניף. לאחר בדיקת בקשתך נציג מטעם הסניף ישלח לך הודעה בדואר או ב s.m.s על תיאום מתורגמן/מתמלל.

1

פרטי המבוטח – ימולא על די מבקש השירות

שם משפחה	שם פרטי	סניף	מספר זהות ב"ס
----------	---------	------	------------------

כתובת מגורים

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	-------	-------

טלפון נייד

אני מאשר קבלת הודעות SMS

נושא:

- נכות כללית ושר"מ
- ילד נכה
- נכות מעבודה
- איבה, אסירי ציון

תאריך _____ חתימה ✕ _____

2

אישור ההזמנה

הוזמן מתורגמן לתאריך _____ שעה _____

שם הפקיד _____ חתימה ✕ _____

סניף _____ תאריך _____