המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף סיעוד
מחלקה ראשונה

שם עו"ס ביה"ח _____

הסכמה להעברת תביעה לבדיקה מחדש בטענה להחמרה

באמצעות בית חולים _____ מחלקה / מרפאה _____

אם תִמָצא זכאי לרמת זכאות מרמה 2 ומעלה, לא תוכל לקבל את מלוא הגמלה בכסף. ברמות 2 עד 6 ניתן לקבל גמלה בכסף בשווי של עד 4 יחידות **או** בשווי של עד 1/3 הגמלה. קבלת עד 1/3 הגמלה בכסף מותנית בביקור שייערך בביתך, ע"י עובד סוציאלי מטעם המוסד לביטוח לאומי - ובאישורו.

תביעה: ❑ רגילה ❑ בשלב טרום – ניתוח ❑ ממרפאת חוץ

אם מונה לתובע אפוטרופוס, יש לצרף צו אפוטרופסות

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

התובע נמצא כעת:
❑ בכתובת מגוריו ❑ בכתובת אחרת. אצל: _____ קרבה לתובע _____

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		_____@_____

מצב משפחתי: ❑ רווק/ה ❑ נשוי/אה ❑ ידוע/ה בציבור ❑ גרוש/ה ❑ פרוד/ה ❑ אלמן/ה

מועד השחרור הצפוי מבית החולים _____

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.

2 אנשים שגרים עם התובע

האם מתגוררים אנשים, עם התובע?
❑ לא ❑ כן, פרט

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב	יחס קרבה
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב	יחס קרבה

3 הצהרת התובע או מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים בבקשה לבדיקה מחדש 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 ע"י 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 זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
בנוסף אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים..
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 בטופס זה.

❑ **אם אהיה זכאי להטבות, אני מסכים להעביר את המידע עליי, לגורמים נותני ההטבות.**

תאריך	שם פרטי ומשפחה	חתימת התובע / מקבל הגמלה / מגיש התביעה
		✗

למלא אם מגיש התביעה אינו התובע

הקשר לתובע	טלפון קווי	טלפון נייד

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

ויתור סודיות והרשאה למסירת מידע לעובד הסוציאלי

חותמת קבלה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך

דפים

1 פרטי העובד הסוציאלי

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

שם הרשות /המוסד	טלפון

אני מצהיר שלא אעשה כל שימוש לרעה במידע שיימסר לי על ידי נציג המוסד לביטוח לאומי

תאריך_____ שם _____ חתימה ✘_____

2 פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב

כתובת

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
		_____@_____

❑ 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.

3 הצהרה

אני הח"מ מייפה בזאת את כוחו של העו"ס, שפרטיו רשומים בטופס זה, לקבל בשמי ועבורי מאת המוסד לביטוח לאומי או מאת עובדיו, כל מידע, פרטים ומסמכים המצויים ברשותם והנוגעים אלי בין במישרין ובין בעקיפין לגבי גמלאות בכסף או בעין, ותשלומים אחרים שהגיעו לי, או המגיעים לי, או העשויים להגיע לי מאת המוסד לביטוח לאומי ולגבי תביעות שהגשתי לקבלת גמלאות ותשלומים לרבות סוגי הגמלה, סכום הגמלה, הבסיס לחישובה ומרכיביה, תקופות תשלום ומועדי תשלום יתרות לזכות ולחובה לגבי גמלאות ותשלומים כאמור, וכן כל מידע שעשוי לסייע לעו"ס לטפל במיצוי זכויותי במוסד לביטוח לאומי.

כן רשאי העו"ס, שפרטיו רשומים לעיל, לקבל כל מידע ופרטים לגבי הטיפול בתביעתי, לרבות העתקים של כתבי התביעה, שלב הטיפול בתביעה, החלטות שניתנו והמידע ששימש תשתית להחלטות. כאמור כולל מידע רפואי, שיקומי או סוציאלי הכלול והכרוך בהם.

אני משחרר ופוטר בזה את המוסד לביטוח לאומי או כל עובד מעובדיו מחובת השמירה על סודיות המידע שלפיו כל דין. על כן לא תהיה לי כל טענה ותביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת המידע האמור כלפי המוסד לביטוח לאומי או מי מעובדיו.

תאריך_____ שם _____ חתימת המבוטח ✘_____