



שם עו"ס ביה"ח \_\_\_\_\_

הסכמה להעברת תביעה לגמלת סיעוד באמצעות בית חולים \_\_\_\_\_ מחלקה/ מרפאה \_\_\_\_\_  
תביעה:  רגילה  בשלב טרום – ניתוח  ממרפאת חוץ  
אם מונה לתובע אפוטרופוס, יש לצרף צו אפוטרופוסות

1

<b>פרטי התובע</b>					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
מצב משפחתי: <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> אלמן/ה					
שפות דיבור: _____					
התובע מתגורר: <input type="checkbox"/> בכתובת הרשומה במשרד הפנים <input type="checkbox"/> במוסד _____					
בכתובת אחרת <input type="checkbox"/> אצל: _____ קרבה לתובע: _____					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני:	
				_____ @ _____	
<b>אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם של התובע – נא השלם את הפרטים הבאים:</b>					
שם משפחה איש קשר		שם פרטי איש קשר		מס' זהות איש קשר	
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.					
<input type="checkbox"/> תאריך שחרור צפוי: _____					
<b>פרטים על בן/בת זוג</b>					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
האם בן/בת הזוג הגישה תביעה לגמלת סיעוד או מקבלת/גמלת סיעוד? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא					
אשפוז מתוכנן: האם מתוכנן אשפוז? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, תאריך אשפוז מתוכנן _____					
<b>תעודת עיוור:</b>					
האם ברשותך תעודת עיוור? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן					
האם פתחת בתהליך לקבלת תעודת עיוור? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן					
כתובת למשלוח דואר (ימולא רק אם בן המשפחה או האפוטרופוס מבקש לשלוח מכתבים לכתובת שונה מהכתובת שבה מתגורר התובע)					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
מיקוד		יישוב		דירה	

**2 האנשים הגרים עם התובע**

2

האם מתגוררים אנשים, עם התובע?  
 לא  כן אם כן, נא למלא:

שם משפחה	שם פרטי	ת"ז	יחס קרבה

**3 בן/בת משפחה או אפוטרופוס – להשלמת מידע או אם בן משפחה/אפוטרופוס מבקש שההתקשרות תהיה באמצעותו**

3

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
טלפון קווי	טלפון נייד	

נא לציין אם מעוניין להיות נוכח בעת הביקור  כן  לא

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.

**4 הצהרה על הכנסות**

4

- אני מצהיר שאין לי ולבן/בת זוגי הכנסות פרט ל:  קצבאות מהמוסד לביטוח לאומי,  פנסיה ישראלית,  הכנסות בתור עצמאי  רנטה של ניצולי שואה. במקרים אלה, אין צורך לצרף אישורים.
- אני מצהיר שאני  שכיר  ו/או מקבל:  קצבה סוציאלית מחו"ל  הכנסות משכר דירה  הכנסות מתגמולים אחרים;
- אני מצהיר שבן/בת זוגי  שכיר  ו/או מקבל:  קצבה סוציאלית מחו"ל  הכנסות משכר דירה  הכנסות מתגמולים אחרים;
- אני מצהיר שאין לי ולבן/בת זוגי הכנסות כלל.
- נא לצרף מסמכים על מקורות ההכנסה שצינת**

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר ומפנסיה, לרבות כאלו שהיו לך או שיהיו לך בעתיד. אם אתה מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה:  
 אני התובע מסרב  אני, בן זוג התובע מסרב (נשוי/ ידוע בציבור)  
 שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים ולמשלמי הפנסיה שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) על הכנסותי.  
 ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי, אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי וזכאות לבן/בת הזוג.

**5 קבלת תשלום או שירותים בעבור טיפול אישי או עזרה בבית ממשד הביטחון**

5

לא מקבל  מקבל:  
 שירותים  תשלום כספי

**פרטי חשבון בנק**

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום:  לחשבון הקיבוץ / המושב  לחשבוני הפרטי

ברשותי חשבונות בנק נוספים  לא  כן, בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ מס' חשבון \_\_\_\_\_  
 אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את הפרטים של מושכי התשלומים.  
 אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך **אימות בעלותי בחשבון הבנק** כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. **לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.**

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_  
 חתימת התובע / מקבל הגמלה / מגיש התביעה \* \_\_\_\_\_

**פרטים על תביעת נזיקין**

- האם התלות בזולת כולה או מקצתה נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים?  כן  לא
- האם התלות בזולת נגרמה כתוצאה אירוע תאונתי אחר (רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר וכד')?  לא  כן, נא פרט: **חובה לענות על שאלות אלו**

תאריך התאונה: \_\_\_\_\_ מקום התאונה: \_\_\_\_\_  
 נסיבות אירוע התאונה: \_\_\_\_\_

- האם נמסרה הודעה למשטרה?  לא  כן, לתחנת המשטרה ב: \_\_\_\_\_ מס' תיק: \_\_\_\_\_  
 כתובת תחנת המשטרה: \_\_\_\_\_

- האם הגשת או תגיש תביעה לפיצוי נזיקין?  לא  כן, בתאריך: \_\_\_\_\_ מס' התיק: \_\_\_\_\_  
 מיהו הנתבע: \_\_\_\_\_

- עורך הדין המייצג אותך בתביעה: \_\_\_\_\_ שם: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_  
 כתובת: \_\_\_\_\_

**הצהרת התובע או מגיש התביעה (בשמו)**

אני החתום מטה תובע גמלת סיעוד ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, היא עבירה 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;  
 כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.  
 כמו כן, אני מצהיר בזה, כי פרט להכנסות שצוינו לעיל אין לתובע או לבן/בת זוג/ה הכנסות נוספות.  
 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 להטבות, אני מסכים להעביר את המידע עליי, לגורמים נותני ההטבות.**

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ חתימת התובע / מגיש התביעה \* \_\_\_\_\_

**למלא אם מגיש התביעה אינו התובע:**

הקשר לתובע		טלפון קווי		טלפון נייד	
רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים	תאריך תביעה מספר זהות/דרכון שם פרטי
7   8	96

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
 מינהל הגמלאות  
 סיעוד



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: סיעוד

פרטים אישיים של המבוטח	
קוד גמלה 96	מספר זהות/דרכון תאריך תביעה שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי
חבר בקופת חולים: <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____	

הצהרת המבוטח או האפוטרופוס

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, או האפוטרופוס של המבוטח, להלן הפרטים האישיים של האפוטרופוס:

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ מותר על הסודיות הרפואית שלי ו:

1. נותן בזה את הסכמתי למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי אודותיי.
2. נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לנותן השירותים שיספק לי את שירותי הסיעוד, מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.
3. נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לרשות ההגירה ולקבל מרשות ההגירה, מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.
4. נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור למחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית ולקבל מהמחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, לרבות מידע על גמלת הסיעוד, לו אקבלה.
5. נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לקופ"ח שבה אני מבוטח ולקבל ממנה: מידע רפואי וסוציאלי אודותיי הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד ואת התוצאות של הערכות התלות שתערכנה בגין תביעה זו.

ולראייה באתי על החתום

חתימת המבוטח או האפוטרופוס x \_\_\_\_\_



**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
<b>כתובת</b>			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	מיקוד

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 זכויות 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 ופותר 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 ✕ \_\_\_\_\_