

עמוד 1 מתוך 2



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף שיקום
תביעה לתשלום קצבה
מיוחדת לנפגע עבודה

מס' זהות / דרכון _____ סוג המסמך _____	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
---	---------------------------	-------------------

שים לב: עליך לצרף לבקשה דוחות רפואיים עדכניים שיתייחסו למצבך הרפואי, לאשפוזים שהיו בשנים האחרונות, לטיפולים אשר אתה מקבל ולקשייך התפקודיים הנובעים מפגיעת העבודה שלך.

1 פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב _____
תאריך הפגיעה שנה _____ חודש _____ יום _____	מצב משפחתי: <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> עגונה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור	מס' ילדים מתחת לגיל 18 _____
תאריך לידה שנה _____ חודש _____ יום _____	אחוזי נכות שנקבעו _____ <input type="checkbox"/> לצמיתות <input type="checkbox"/> זמניים עד לתאריך _____	האם הינך מקבל: <input type="checkbox"/> קצבה לשירותים מיוחדים <input type="checkbox"/> קצבת סיעוד <input type="checkbox"/> קצבת ניידות <input type="checkbox"/> עזרת הזולת
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	ישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני: _____@_____
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.		
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	ישוב	מיקוד
האם כתובת בן/בת הזוג זהה לכתובתך? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם הנך בעל רישיון נהיגה בתוקף? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם הנך נוהג ברכב? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
האם הנך בעלותך או ברשותך רכב? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		

2 אם המבוטח מיוצג ע"י עו"ד או חברה או אם אינו יכול להגיש תביעה עקב מצבו הבריאותי, על מגיש התביעה למלא את הפרטים הבאים:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות _____
שם קרבה לתובע <input type="checkbox"/> קרוב משפחה <input type="checkbox"/> אפטרופוס <input type="checkbox"/> עו"ד <input type="checkbox"/> חברה מייצגת <input type="checkbox"/> רו"ח <input type="checkbox"/> אחר: _____	טלפון להתקשרות _____	דואר אלקטרוני: _____@_____
<input type="checkbox"/> יפוי כוח <input type="checkbox"/> צו אפטרופסות <input type="checkbox"/> פסק דין <input type="checkbox"/> אחר: _____	תאריך _____ חתימה * _____	אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצרף העתק

נימוקים לתביעה

3

אנא פרט את מצבך התפקודי בתחומי הניידות, הלבשה, רחצה, אכילה, שליטה על סוגרים והצורך שלך בהשגחה בהסעות מיוחדות שלא בתחבורה ציבורית:

לידיעתך, בתביעה לבדיקה מחדש, רשאי המוסד לבחון את הזכאות לקצבה המיוחדת המשתלמת לך.

פרטי חשבון הבנק

4

שמות השותפים לחשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה. 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 פרטי 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 השותף/ים _____ מס' ת.ז. _____ חתימה **x** _____

הצהרה

5

הריני מצהיר שהפרטים בבקשה זו הינם נכונים ומלאים ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי כי כל פעולה או התחייבות שתיעשה על ידי בעניין הבקשה בטרם אישורה הינה על אחריותי בלבד. ידוע לי שאם תאושר בקשתי עלי להשתמש בכספים שאקבל אך ורק למטרה שפורטה. אני מאשר כי אני מקבל עלי את כל ההתחייבויות הקשורות בקבלת הסכום.

תאריך _____ חתימת התובע **x** _____

לשימוש המוסד

נתקבל ביום _____ שם העובד המטפל _____
 % _____ נכות זמנית מתאריך _____ עד תאריך _____
 % _____ נכות צמיתה מתאריך _____ עד תאריך _____
 אבחנה רפואית _____
 מצ"ב: דו"ח פקיד שיקום דו"ח הערכת סיעוד נספח תפקודי חתום ע"י רופא ופקיד שיקום
 רמת סיוע מומלצת _____ תאריך תחולה _____
 הנמקה: _____

תאריך _____ שם וחתימת פקיד שיקום _____ שם וחתימת מנהל תחום שיקום _____ **x**

החלטת המשרד הראשי: רמת סיוע מאושרת _____ בתחולה מיום _____
 הנמקה: _____

תאריך _____ שם וחתימה **x** _____