



טופס בקשה להפניה לרופא מוסמך לבדיקה ולקביעת אחוזי נכות נפשית לפי חוק שיקום נכי נפש בקהילה,
התש"ס 2000

שם מלא: _____ תעודת זהות: _____
תאריך לידה: _____ מס' טלפון נייד: _____
כתובת לקבלת התשובה ממשרד הבריאות: _____
דוא"ל: _____ [] מס' פקס: _____

****** יש לצרף לבקשה דוח רפואי מעודכן מרופא מטפל******

האם פנית לביטוח הלאומי בבקשה לקבלת קצבת נכות? (יש לסמן אפשרות אחת)
[] כן – נא לפרט:

א. מתי נעשתה הפניה?

ב. מה הייתה תשובת הביטוח הלאומי – נא לצרף העתק התשובה.

[] לא – נא לסמן את הסיבה מדוע לא פנית לביטוח הלאומי:

- א. איני מעוניין להיות מוכר בביטוח הלאומי כנכה נפש
- ב. אני מבקש לקבל שירותי שיקום, אך איני מעוניין לקבל קצבה ולא אפנה לביטוח הלאומי בשנה הקרובה לקבלת קצבה
- ג. איני מעוניין בחשיפה לגורמים נוספים ומבקש להימנע מסטיגמה
- ד. יש לנמק כל אחת מהתשובות על ידי הפונה / על ידי גורם מטפל מקצועי ולפרט אילו מהתמיכות של סל שיקום היה מעוניין לקבל.

האם הנך מוכר כזכאי מטעם משרד הביטחון? סמן בעיגול 1. כן 2. לא

ידוע לי כי:

- א. הבדיקה על ידי הרופא המוסמך מטעם משרד הבריאות תקפה רק לצורך הגשת בקשה לוועדת סל שיקום ואינה יכולה לשמש בכל הקשר אחר כלשהוא.
- ב. האישור אינו מזכה בקצבאות מטעם המוסד לביטוח לאומי ולא מחייב את הביטוח הלאומי בשום עניין.
- ג. במידה שפנית לביטוח לאומי ונדחיתי איני יכול להגיש פניה זו.
- ד. לא ניתן לפנות במקביל לביטוח הלאומי ולרופא בהסדר.
- ה. במידה והוכרת בביטוח לאומי בסעיפי נכות אחרים שאינם סעיף 33 ו-34, אינך יכול לפנות במסלול זה אלא למצות את זכויותך בביטוח לאומי.

הבדיקה אינה כרוכה בתשלום על ידי הפונה הנבדק

חתימה: _____

תאריך: _____