

בקשה לבחינת זכאות לתוספת תשלום בגין נכות סיעודית

טופס מספר **3105**

א. פרטי העמית						
מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי		מספר טלפון
כתובת (רחוב)		מס' בית	מס' דירה	יישוב	מיקוד	דואר אלקטרוני
ככל שהטופס ימולא ע"י מיופה כח/אפוטרופוס/שאייר יש למלא הטופס בהתאם למצבו הרפואי של העמית ולמלא פרטי התקשרות						
פרטי מגיש הבקשה						
מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי		מספר טלפון
כתובת (רחוב)		מס' בית	מס' דירה	יישוב	מיקוד	דואר אלקטרוני

ב. פרטים אודות מצב רפואי

נבקש לצרף מסמכים רפואיים המעידים על מצב סיעודי כולל דוח ADL מעודכן (הערכה תפקודית) או לחילופין במקרה של תשישות נפש לצרף הערכה רפואית מפורטת אודות מצב קוגניטיבי

תקופת הנכות בגינה מבוקשת בחינה של הזכאות לתוספת תשלום קצבה בגין נכות סיעודית הינה החל מ _____ עד _____

נזקקת/ל לעזרה בביצוע פעולות יומיומיות – יש לסמן בהתאם למצב הרפואי:

- לקום ולשכב
- להתפשט ולהתלבש
- להתרחץ
- לאכול ולשתות
- לשלוט על סוגרים
- להתנייד

סובלת/ת מתשישות נפש –

כגון: ירידה ביכולת אינטלקטואלית הכוללת ליקוי בתבונה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר, אלצהיימר, דמנציה וכו'. יש לפרט את הבעיות הרפואיות מהן סובלת/ת:

ג. הצהרות עמית/מגיש הבקשה

אני מצהיר בזאת שכל האמור לעיל הוא נכון וכי לא העלמתי דבר הקשור עם בקשתי.

תאריך	שם מלא של מגיש הבקשה	חתימת מגיש הבקשה *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(מהדורה 08.2022)



07183131050101010822

עמוד 1 מתוך 1 דפים