

בל/ 2600

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד



תביעה לגמלת סיעוד

הטופס מיועד למילוי על ידי התובע, בן משפחה או מכר ולא על ידי חברה נותנת שירותי סיעוד

תובע נכבד, קביעת הזכאות לגמלת הסיעוד נקבעת על ידי "הערכת תלות". בהערכה נבדקת מידת התלות של התובע בעזרת הזולת בפעולות היום ויום ומידת הצורך בהשגחה. הערכת התלות תתאפשר במספר דרכים:

1. הערכת תלות בבית התובע המבוצעת על ידי מעריך מוסמך מטעם הביטוח הלאומי. המעריך יתאם מועד לביצוע ההערכה לאחר קבלת התביעה והמסמכים הרפואיים. אם קיימת ירידה קוגניטיבית אצל התובע על בן משפחה או אפוטרופוס להיות נוכח בבדיקה. במצב זה יש למלא את סעיף 3 בטופס.
2. הערכת מידת התלות שתקבע על סמך המידע שנמסר במכתב הסיכום הרפואי. ראה הנחיות בנספח א'.
3. הערכת תלות לבני 90 ומעלה שתבוצע על ידי רופא מומחה בגריאטריה ללא עלות במסגרת עבודתו במוסד רפואי ציבורי. למען הסר ספק, אין לבצע בדיקה במסגרת הביטוח המשלים (שב"ן) או במסגרת פרטית לרבות שר"פ בבית חולים. ראה נספח ב'.

לטופס התביעה יש לצרף את המסמכים הבאים

1. **מכתב סיכום רפואי עדכני חתום ע"י רופא מטפל, רופא מומחה וסיכומי אשפוז אם קיימים. ניתן לצרף מידע רלוונטי שנמסר מגורמים מטפלים נוספים (אח המרפאה, פיזיותרפיסט, עובד סוציאלי וכולי)** ראה הנחיות בנספח א'.
2. אישורי הכנסות שלך ושל בן/בת זוג מכל המקורות (**למעט** קצבאות ביטוח לאומי ואישורי רנטה או כל קצבה לניצולי שואה ונרדפי הנאצים) לשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה חודשים שקדמו לחודש הגשת תביעה. אם הגשת תביעה בשנים עשר החודשים האחרונים, אין צורך להמציא מחדש אישורי הכנסות.
3. **יתכן וידרשו אישורי הכנסות של 12 החודשים האחרונים או טופס 106.**
4. אם אתה מתגורר בבית אבות/מוסד/משפחתון, תמלא הנהלת המקום את האישור המופיע בסעיף 9 (בטופס התביעה).

כיצד יש להגיש את התביעה

- ✍ לצורך קבלת הסבר וסיוע במילוי טופס התביעה, ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד, בו מופיע סרטון הדרכה, או לפנות למחלקת הייעוץ לאזרח הוותיק ומשפחתו בסניפי המוסד לביטוח לאומי בטלפון: 02-6463400.
- ✍ **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ✍ לשאלות וביירוטים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט. www.btl.gov.il

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

2

כתובת למשלוח דואר (ימולא רק אם בן משפחה/אפוטרופוס מבקש לשלוח מכתבים לכתובת שונה מהכתובת בה נמצא התובע כעת)

מספר זהות ס"ב		שם פרטי			שם משפחה
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

3

בן/בת משפחה או אפוטרופוס – לתיאום

על האפוטרופוס לצרף אישור על מינוי אפוטרופוס

שם משפחה	שם פרטי	הקשר לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	

נא לציין אם מעוניין להיות נוכח בעת הביקור כן לא

4

האנשים הגרים עם התובע

האם מתגוררים אנשים נוספים עם התובע?

לא כן אם כן נא למלא:

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	יחס קרבה
		מספר זהות ס"ב	
		מספר זהות ס"ב	

5

פרטי הכנסות בשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה שקדמו לתאריך הגשת התביעה

- סמן ✓ בטור המתאים, אם יש הכנסה וכן גם אם אין הכנסה, מהמקורות המפורטים בטבלה (פרט לקצבאות ביטוח לאומי).
- צרף אישורים מתאימים בעבור מקורות ההכנסה שציינת.
- אם הנך חבר קיבוץ, נא פרט על כל הכנסה המפורטת מטה שמקורה מחוץ לקיבוץ בו הנך חבר.

הכנסות בן/בת זוג			הכנסות תובע		
יש	אין	מקור	יש	אין	מקור
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה שכירה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה שכירה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה עצמאית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה עצמאית
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פנסיה מעבודה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פנסיה מעבודה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קצבה סוציאלית מחו"ל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קצבה סוציאלית מחו"ל
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שכר דירה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שכר דירה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמולים אחרים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמולים אחרים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הכנסה אחרת, פרט: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הכנסה אחרת, פרט: _____

6

הוצאות קבועות: החזקה במוסד, תשלום דמי מזונות, תשלום שכר דירה

יש לצרף אישורים לשלושה חודשים מתוך ארבעת החודשים שקדמו לחודש הגשת התביעה.

לשימוש המוסד לביטוח לאומי	סכום הוצאה לחודש				התשלום בעבור (ציין שם יחס קירבה לתובע)	סוג ההוצאה (ציין את הסוג המתאים)
	_____	_____	_____	_____		
סה"כ הוצאות ל-3 חודשים	_____	_____	_____	_____		החזקה במוסד
	_____	_____	_____	_____		דמי מזונות
	_____	_____	_____	_____		שכר דירה *
	_____	_____	_____	_____		

* ימלא רק מי שיש לו הכנסה מהשכרת דירה אחרת.

הערה: לתשומת לב בעלי הכנסה מהשכרת דירה המתגוררים בדירור מוגן - נא להמציא אישור מהדירור המוגן על מרכיב הוצאות הדירור בלבד בתשלום החודשי. סכום הוצאה זו ינוכה מהכנסות שכר הדירה. הסכום שינוכה לא יעלה על שיעור שכר הדירה. הניכוי יבוצע רק לאחר המצאת האישור.

7

קבלת תשלום או שירותים בעבור טיפול אישי או עזרה בבית ממשרד הביטחון

לא מקבל
 מקבל

שירותים תשלום כספי

8

מגורים במוסד או בבית אבות – אם התובע גר במוסד (אישור זה ימלא המוסד או בית האבות)

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב
שווה במוסדו – שם המוסד		תאריך כניסה
כתובת המוסד		טלפון

המוסד פועל ברישיון: משרד העבודה והרווחה משרד הבריאות ללא רישיון
 נמצא במחלקה: סיעודית לתשומים לתשושי נפש לעצמאיים
 אחרת פרט _____
 השתתפות בדמי החזקה ע"י גוף ציבורי: משרד בריאות משרד עבודה ושירותים חברתיים משרד הביטחון סוכנות
 רשות מקומית
 כן, פרט השתתפות בסך: _____ ש"ח לחודש מתוך עלות החזקה מלאה בסך: _____ ש"ח - על
 המשפחה להמציא אישור על גובה ההשתתפות שהוטל עליה ע"י גוף ציבורי.
 אין השתתפות – חובה להמציא כרטיס הנה"ח מהמוסד/בית האבות, בו ניתן לראות את החיובים והתשלומים של התובע.

מוסד בקיבוץ – ימלא גם את הפרטים האלה:

המוסד מיועד: לחברי הקיבוץ ובני משפחותיהם בלבד קולט אזרחים ותיקים מבחוץ
 מעמד התובע: חבר קיבוץ חבר קיבוץ אחר דייר אחר, פרט אם בן משפחה של חבר הקיבוץ נא ציין
 פרטיו מר/גב' _____ ויחס הקרבה _____
 מתאריך: _____

אישור המוסד/בית האבות

תאריך: _____ שם מנהל המוסד: _____ חתימת מנהל המוסד * _____

9

פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי

- האם התלוצות בזולת כולה או מקצתה נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים? כן לא
- האם התלוצות בזולת נגרמה כתוצאה אי רוע 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: _____

3. האם נמסרה הודעה למשטרה?
 לא כן, לתחנת המשטרה ב: _____ מס' תיק: _____
 כתובת תחנת המשטרה: _____

4. האם הגשת או תגיש תביעה לפיצוי נזיקין? לא כן, בתאריך: _____
 מיהו הנתבע: _____ מס' התיק: _____

5. עורך הדין המייצג אותך בתביעה:
 שם: _____ טלפון: _____ טלפון נייד: _____
 כתובת: _____

פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי - המשך

6. האם קיבלת פיצוי נזיקין בגין התאונה?

טרם קיבלתי פיצוי קיבלתי פיצוי לא קיבלתי

בסך: _____ מאת: _____ בתאריך: _____

10

ביקור בית על ידי מתנדב

הייעוץ לאזרח הוותיק ומשפחתו מציע לערוך ביקורי בית על ידי מתנדבים.

אני מעוניין בביקורי מתנדב

11

תיאור המצב התפקודי (ניידות, הלבשה, רחצה, אכילה, טיפול בהפרשות) והקוגניטיבי (צורך בהשגחה למניעת סכנה בשל בעיות קוגניטיביות) והצורך בעזרה בבית:

נא פרט את המצב התפקודי והקוגניטיבי וסוג העזרה הביתית הנדרשת.

12

בחירת שירותים או כסף

אם תמצא זכאי לגמלת סיעוד ותצבור 2.5-3 נקודות בהערכת התלות, באפשרותך לבחור אחת מ- 4 אפשרויות:

קצבה בסך - 1,408 ₪

5.5 יחידות בשבוע שניתן להשתמש בהן לטיפול אישי בבית, מרכז יום, משדר מצוקה, שירותי כביסה ומוצרי ספיגה (ללא כסף).

5.5 יחידות שירות בשבוע שניתן להשתמש בהן כשילוב של מגוון שירותי סיעוד וגמלת כסף.

9 יחידות שירות בשבוע שניתן להשתמש בהן למגוון שירותים ללא קצבה בכסף וללא טיפול אישי בבית.

לתשומת לבך,

במקרים בהם יש הפחתה בגין הכנסות גבוהות השעות/ יחידות השירות יופחתו ב 50% מערכן.

13

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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את הפרטים של מושכי התשלומים.
 אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת מחושבת, לצורך **אימות בעלותי בחשבון הבנק** כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל /ואו 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 _____ חתימת מקבל התשלום _____

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> מס' זהות / דרכון </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> סוג המסמך דפים </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 8 (סריקה) </div> </div>	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>
---	----------------------------------



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד

**נספח א'
הנחיות לכתיבת מכתב
סיכום רפואי**

נא הצג לרופא

כדי לשקול אפשרות ביצוע הערכה תפקודית על סמך מידע רפואי ללא ביקור מעריך, מומלץ לצרף לתביעה מכתב סיכום רפואי מהרופא המטפל.

ניתן לצרף במכתב מידע שנמסר מגורמים מטפלים נוספים כגון: אח המרפאה, פיזיותרפיסט, עובד סוציאלי, רופאים מומחים ועוד.

במכתב סיכום רפואי רצוי שיופיעו הפרטים הבאים:

- **סיבת ההפניה לביטוח לאומי**
- **נתונים דמוגרפיים:** גר לבד, עם משפחה, תנאי דיור וסביבת מגורים, עיסוק ופעילות שגרתית של הנבדק.
- **מידע רפואי עדכני:** המחלות העיקריות מהם סובל החולה, אשפוזים, ניתוחים, נפילות, אירועים המסכנים חיים, הפרעות בשמיעה או לקות ראייה.
- **הערות נוספות המתייחסות ל:**
 - **תיאור מפורט של התסמינים הקליניים העלולים להשפיע על יכולת התפקוד של החולה** בחיי היום יום (ADL) בבית. לדוגמא: תלונות על כאב, חולשה, קוצר נשימה, בצקות, רעד, מצב תזונתי. אצל חולים הסובלים מתנודות במצב תפקודי, יש לציין את המאפיינים של התנודות.
 - **תיאור מפורט של יכולת הניידות של הנבדק:** יכולת הקימה וההליכה, יציבות בהליכה, טווח תנועה, חסרים נוירולוגים, סימני מאמץ, יכולת להשלים פעולה ברצף, שימוש באביזרי עזר וכולי.
 - במידה והנבדק נמצא בקבוצת **סיכון לנפילות** מומלץ לצרף תוצאות מבחן **timed get up and go**.
- **תוצאות בדיקות אבחון מקובלות ותוצאות כלים אבחוניים נוירו פסיכולוגים לבעלי מגבלה קוגניטיבית. (COGNITIVE SCREENING TOOLS).**
- **טיפולים מיוחדים ותרופות.**
- **מסגרות טיפוליות** כגון אשפוז יום, אשפוז בית, הוספיס בית.
- **תקופת המוגבלות** הערכה בדבר שיפור במצב הנבדק, ואם כן תוך כמה זמן.

הערכת תפקוד בפעולות – המשך

5. אכילה ושתייה

7	6	5	4	3	2	1
תלוי לחלוטין בכל פעולות האכילה כולל שתייה או הזנה מלאכותית, או מסרב בשל חוסר תובנה	זקוק לעזרה בהאכלה (או שתייה)		זקוק לסיוע בנטילת תרופות, עיוורון מוחלט, אינו מחמם או מגיש לעצמו מנת מזון			אוכל ושותה ללא עזרה כולל חימום והגשת מנת מזון, ללא מאמץ או במאמץ קל

נמק את מסקנתך _____

6. הפרשות

7	6	5	4	3	2	1
אינו שולט בשני הסוגרים ותלוי לחלוטין בכל הפעולות (ניידות, הלבשה וטיפול בהיגיינה אישית)	משתמש בשירותים/אביזרים אך זקוק לעזרה בשלוש הפעולות	משתמש בשירותים/אביזרים אך זקוק לעזרה בשתיים מהפעולות	משתמש בשירותים/אביזרים אך זקוק לעזרה באחת מהפעולות: ניידות, הלבשת חלק תחתון, היגיינה אישית		זקוק לסיוע קל (ריקון בקבוק, החתלה או ליווי בלילה)	עצמאי בכל הקשור לטיפול בהפרשות

נמק את מסקנתך _____

7. השגחה

7	6	5	4	3	2	1
מסכן את עצמו או את סביבתו ואי אפשר להשאירו לבד לפרקי זמן קצרים		זקוק להשגחה בביצוע רוב פעולות היום יום ויש ירידה בתובנה ובזיכרון, אך ניתן להשאירו לבד לפרקי זמן מסוימים				אינו מסכן את עצמו או את סביבתו

נמק את מסקנתך, אם מדובר בזקן בעל ירידה קוגניטיבית, נא פרט את עיקרי הממצאים של הבדיקה הקוגניטיבית.

פרק הזמן למגבלה - אנא סמן האם צפוי שינוי במהלך ששת החודשים הבאים:

צפויה הטבה בעוד _____ חודשים צפויה יציבות צפויה החמרה

הצהרה ופרטי הרופא המומחה בגריאטריה שביצע הערכה זו

1. מילאתי טופס זה על סמך בדיקתי.
פרטי המוסד הרפואי: _____
שם המוסד הרפואי הציבורי _____ טלפון _____
בחר באחת מהאפשרויות
 מילאתי טופס זה על סמך בדיקתי והערכה גריאטרית שערכתי בתאריך _____
 מילאתי טופס זה לפי בדיקתי בתאריך _____ ועל סמך הערכה גריאטרית שערך ד"ר _____ בתאריך _____ (נא לצרף את הערכתו).
שם הרופא המומחה בגריאטריה _____ חותמת המוסד הרפואי ציבורי או המרפאה _____
חתימה * _____ חותמת _____
לתשומת לב הרופא המומחה בגריאטריה, מסמך זה אינו תחליף לתדפיס המידע הרפואי של התובע.
רצוי לצרף מכתב המסכם את בדיקתך, כמקובל בייעוץ רפואי, לרבות בעיות הדורשות טיפול ולהעביר עותק לרופא המטפל כדי לשמור על רצף רפואי.

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td> </tr> </table> <p>מס' זהות / דרכון</p> </div> <div style="width: 35%;"> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table> <p>דפים</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 30%;"> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15px;">7</td><td style="width: 15px;">8</td> </tr> </table> <p>סוג המסמך</p> </div> <div style="width: 30%;"></div> <div style="width: 30%;"></div> </div> </div>													7	8	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>
7	8														

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגפילאות
סיעוד



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: סיעוד

1 פרטים אישיים של המבוטח
1

	<p>תאריך תביעה</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td> </tr> </table> <p>שנה חודש יום</p>									<p>מספר זהות/דרכון</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td> </tr> </table>											<p>קוד גמלה</p> <p style="font-size: 24px;">96</p>
	<p>שם פרטי</p>		<p>שם משפחה</p>																		

חבר בקופת חולים

כללית מאוחדת מכבי לאומית אחר _____

2 הצהרת המבוטח או האפוטרופוס
2

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

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות _____

מוותר על הסודיות הרפואית שלי:

מבקש בזה 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.

חתימת המבוטח או האפוטרופוס ✘ _____

נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי למסור לנותן השירותים שיספק לי את שירותי הסיעוד או למחלקת הרווחה ברשות המקומית מידע רפואי וסוציאלי אודותיי הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.

חתימת המבוטח או האפוטרופוס ✘ _____

נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לקופ"ח בה אני מבוטח את תוצאות הערכת התלות שתערכנה בגין תביעה זו.

חתימת המבוטח או האפוטרופוס ✘ _____

מאשר בזה, כי ידוע לי שמידע על מחלה מדבקת (אם קיימת) יימסר לנותן השירותים ולמטפלות/מטעמו בהתאם למגבלות האמורות בחוק זכויות החולה.

חתימת המבוטח או האפוטרופוס ✘ _____