

עמוד 1 מתוך 3

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

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי
 מנהל הגמלאות
 ביטוח נכות
בקשה לבדיקה מחדש
למקבל קצבת שירותים
מיוחדים.

לידיעתך, בקשה זו יכולה לגרום לשינוי באחוזי הנכות ולהשפיע על זכאותך לקצבת נכות ולקצבת שירותים מיוחדים (לרבות הפחתתם).

1 פרטי המבקש

שם פרטי <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	שם פרטי <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	מספר זהות ס"ב <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"> </div>			
האם אתה שווה עכשיו או שהיית בחצי שנה האחרונה במוסד? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____					
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
דואר אלקטרוני _____@_____		טלפון נייד <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"> </div>		טלפון קווי <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"> </div>	
<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)					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

2 נימוקי הנכה לבקשה לבדיקה מחדש

יש לפרט את השינויים שחלו במצבך הרפואי מאז הבדיקה הקודמת ולצרף אישורים רפואיים עדכניים ומפורטים

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

3

הסכמה לקביעת רופא ללא נוכחות – חתום אם אינך מעוניין להיבדק ע"י רופא

אני מסכים בזה שרופא יקבע את מצבי הרפואי ואחוזי נכותי לפי מסמכים בלבד ומבלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שלמרות זו יהיה עלי להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

_____ x
חתימת התובע

_____ תאריך

4

הצהרה

אני החתום מטה תובע גמלת שירותים מיוחדים, ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה 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 שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

במידת הצורך, אני מסכים להיבדק מחדש לעניין אחוזי נכות רפואית. ידוע לי, שבדיקה זו יכולה לגרום לשינוי באחוזי הנכות, ולהשפיע על זכאותי לקצבת נכות ולקצבת שירותים מיוחדים (לרבות הפחתתם).

_____ x חתימת התובע / מקבל הגמלה או מגיש התביעה

_____ תאריך

