



תביעה למתן שיקום מקצועי

על מנת שניתן יהיה לטפל בתביעתך יש לצרף -

תעודות ואישורים המעידים על השכלתך, הכשרות מקצועיות, ניסיון בעבודה ואבחונים שעברת.

לידיעתך -

- הינך רשאי להגיש תביעה לנכות (במידה ועדיין לא הוגשה תביעה זו) במקביל להגשת התביעה לשיקום, על-מנת שלא ייפגעו זכויותיך. ללא הגשת תביעה לנכות, תביעתך לשיקום תידחה על-פי חוק.
- שלב ראשון בתהליך הינו אישור הזכאות לשיקום. באישור זה אין משום אישור לתכנית השיקום עצמה.
- הגמלה תשולם לתקופה שאינה עולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשת התביעה לשיקום.

כיצד יש להגיש את התביעה

- למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו.
- עליך לצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בטופס התביעה.
- 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 ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

לתשומת ליבך – עליך למלא את כל הסעיפים בטופס התביעה

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מספר זהות / דרכון מס' זהות / דרכון	דפים
סוג המסמך	מס'

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף שיקום



תביעה למתן שיקום מקצועי

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב
		--/ --/ ----	

נכה כללי
 נפגע עבודה
 אלמן/ת תלויים
 אלמן/ת שאירים
 בן/בת זוג של נכה
 מתנדב
 נפגע פעולות איבה
 אסיר ציון

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני: _____ @ _____

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.

כתובת למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2

פרטי הפגיעה

לנכה : תאריך הפגיעה _____
 פרט את המגבלות איתן אתה מתמודד כתוצאה מהפגיעה/המחלה

 מהם אחוזי הנכות שנקבעו לך בוועדה הרפואית: _____ %
 האם אחוזי הנכות נקבעו לצמיתות
 זמנית, עד תאריך _____

לבן/בת זוג של נכה שאינו ניתן לשיקום מקצועי: שם הנכה _____ ת.ז. _____

לאלמן/אלמנה המקבל קצבת שארים/תלויים או מענק חד פעמי: תאריך התאלמות _____
 האם את/ה סובלת/ממגבלות רפואיות? לא
 כן, פרט: _____

3 פרטים על השכלה

סה"כ שנות לימוד	השכלתי היא: <input type="checkbox"/> יסודית <input type="checkbox"/> תיכונית <input type="checkbox"/> מקצועית <input type="checkbox"/> תורנית <input type="checkbox"/> אקדמית <input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____		
מוסד הלימודים האחרון בו למדת			
שם המוסד	שם היישוב	חוג/מסלול לימודים	
האם סיימת לימודיך? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא. סיבת הפסקת הלימודים:			
הערות/בעיות מיוחדות העשויות להשפיע על התמודדות בלימודים (יש לצרף מסמכים ואבחונים מתאימים):			

4 פרטים המקצוע או העיסוק

מקצוע/משלח יד: _____
האם יש לך תעודה מקצועית? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן. פרט _____
האם קיבלת סיוע במימון הכשרה מקצועית מגורם כלשהוא? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, קיבלתי הכשרה מסוג _____ מהגורם _____

5 פרטי ניסיון תעסוקתי כולל עבודתך כיום (ניתן לצרף קורות חיים לחילופין)

מקום העבודה	תפקיד	תקופת העבודה	מס' שעות עבודה ביום / היקף משרה	סיבת הפסקת העבודה או השינוי/ עדיין עובד

6

סיבות הפנייה לשיקום מקצועי

1. פרט את סיבות פנייתך לשיקום מקצועי _____

2. פרט הצעות/בקשות מיוחדות בקשר לשיקומך _____

3. האם יש לך זכאות במימון לימודים מגורם אחר?
 לא
 כן, הגורם הינו: משרד הביטחון משרד הבריאות משרד הרווחה מינהל הסטודנטים
 אחר: _____
 פרטים על הזכאות _____

7

פרטי חשבון הבנק של התובע

אם יגיעו לי תשלומי שיקום אבקש להעבירם לזכות חשבון הבנק המפורט להלן

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

אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון החשבון.

אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.

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 כדן, 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.

_____ x _____ x _____
 תאריך חתימת מקבל התשלום חתימת/חתימות השותפים לחשבון

8

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין 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.

_____ x _____
 תאריך חתימת התובע