



בקשה לתעודת עיוור / לקוי ראייה (כולל דמי ליווי)

מיועד
לתמונת
הפונה

את הטופס יש לשלוח לדואר אלקטרוני: t.aleh@bezeqint.net
או לכתובת: עמותת עלה ת.ד. 24051, הר הצופים, ירושלים
9124001.



יש למלא את הטופס בכתב יד קריא וברור חובה להקפיד לצרף תמונה וצילום ת.ז. כולל ספח!

א. מילוי הבקשה חלק זה ימולא על ידי המבקש.

א. פרטים אישיים של הפונה

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

מספר זהות: _____

מין: זכר / נקבה _____ מצב משפחתי: ר / נ / ג / א _____

שנת לידה: _____ שנת עלייה: _____

ב. כתובת

רחוב: _____ מספר בית ודירה: _____

יישוב: _____ מיקוד: _____

טלפון: _____ טלפון נייד: _____

דואר אלקטרוני: _____

ג. פרטי הכרה

מספר תעודת עיוור (אם יש): _____

יש לסמן במקום המתאים (כן/לא)

שאלה	כן	לא
נבדק על ידי ביטוח לאומי/בדיקת עיניים		
מוכרת/ת כנפגע עבודה/נפגע פעולות איבה		
מוכרת/ת על ידי משרד הביטחון כנכה צה"ל		
עובד		
חוסה במוסד		
רישיון נהיגה בתוקף		





שם פרטי: _____

שם משפחה: _____

מהות הבקשה

ד. _____

מספר זהות: _____

יש לסמן במקום המתאים (כן/לא)

מהות הבקשה	כן	לא
תעודת עיוור		
דמי ליווי		
ביטול תעודת עיוור		

ה. הצהרה וחתומה

הצהרת הפונה / ויתור על סודיות רפואית:

הנני מצהיר/ה שכל הפרטים שנמסרו לעיל נכונים, ומתחייב/ת להודיעכם על כל שינוי בפרטים שמסרתי תוך 10 ימים מהשינוי. ידוע לי שאם מסרתי פרטים כוזבים, אני צפוי/ה לעונשים ולביטול התעודה. הנני מוכן/ה מרצוני החופשי לזוטר על זכות הסודיות שהדין מעניק לעניין המידע הרפואי אודותי ומסכים/ה ומרשה בזה לשירות ראייה שמיעה וטכנולוגיה (רש"ט) לבקש ולקבל פרטים ומסמכים אודות מצבי הרפואי מכל גורם, לצורך קביעת זכאותי לתעודה זו. כמו כן, אני מאשר לשירות לעיוור להעביר את הפרטים למוסד לביטוח לאומי לצורך קביעת זכאות לקצבת נכות כללית, קצבת שירותים מיוחדים וקצבת ילד נכה.

כמו כן, אני מאשר/ת לשירות ראייה שמיעה וטכנולוגיה (רש"ט) להעביר את פרטיי האישיים לגופים המפעילים שירותי הדרכה שיקומית מטעם המשרד, ולהם בלבד, על מנת שהם יציגו בפניי מידע אודות שירותי ההדרכה השיקומית והאפשרויות העומדות בפניי לצורך קבלת השירות. אני מוותר/ת מראש על כל טענה בדבר פגיעה בפרטיות השמורה לי על פי כל דין בעניין זה, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו אל המשרד או אל הגופים המפעילים, בקשר למסירת המידע כאמור

חתימת הפונה

תאריך





שם משפחה: _____

שם פרטי: _____

מספר זהות: _____

ב. בדיקה רפואית

חלק זה נועד להדפסה ולמילוי על ידי רופא מומחה למחלות עיניים, בהתאם לפקודת הרופאים 1974, תקנת המתעסקים ברפואה (אישור תואר מומחה) תשכ"ד 1964
נא לציין: V גורם עיקרי לעיוורון V ממצא אחר T עיוורון מטראומה

		לשימוש משרדי בלבד					
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין
		ג. ג					
		ד. GLAUCOMA					
		12 Primary Glaucoma					א. אין תחושה לאור
		13 Congenital					ב. תנועת יד
		14 Secondary					ג. עד 1/60
							ד. עד 3/60
		ה. CATARACT					
		15 Senile					ה. מעל 3/60 פרוט:
		16 Congenital					שדה ראייה צרף תרשים
		17 Complicated					א. עד 10 מעלות
		18 Operated					ב. מעל 10 מעלות ועד 20 מעלות
							ג. מעל 20 מעלות
		ו. RETINA & VITREOUS					
		19 Retinopathy of prematurity					EYEBALL
		20 Retinitis pigmentosa					1 Phthisis
		21 Retinal detachment					2 Anophthalmos
		22 Myopic Maculopathy					3 Microphthalmos
		23 Diabetic Mac. & Retinop.					4 Albinism
		24 A.M.D.					5 Nystagmus
		25 Vitreous Hemorrhage					6 Amblyopia
		26 C.V.O. \ C.A.O					
							UVEAL TRACT
		27 Other					7 Uveitis
		OPTIC NERVE & PATHWAYS					8 Other: פירוט:
		28 Optic atrophy					
							CORNEA & SCLERA
		29 Other neuropathy					9 Central Opacity
		30 C.V.I					
							10 Keratoconus
		ז. OTHER DIAGNOSIS					
		31					11 Other: פירוט:

תאריך _____
שם _____
חתימה _____
חותמת _____

תאריך בדיקה: _____
מס' טל': _____
חתימה וחותמת הרופא: _____

הערות: _____

אזהרה: טופס זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות – מוסרו שלא כדין עובר עבירה

