



תביעה להכרה כנכה נזקק לפי תקנה 18א'

חובה לצרף לטופס זה

- שכיר – אישור המעסיק כמפורט בעמוד 2 בטופס תביעה זה. ↵
- עצמאי/ בעל שליטה – דוחות מע"מ לתקופה המבוקשת בתביעה זו. ↵
- ניתן לצרף כל מסמך רלוונטי אחר – אישור רופא תעסוקתי / תעודות רפואיות לתקופה המבוקשת / מסמכים רפואיים אחרים. ↵

לידיעתך

- הכרה כנכה נזקק יכול לקבל מי שוועדה רפואית קבעה לו דרגת נכות זמנית. ↵
- נכה נזקק הוא מי שעונה על שני התנאים הבאים: ↵
 - אין לו סיכוי סביר ומסוגלות לעבוד בעבודה כלשהי.
 - אין לו הכנסה - מעבודה כשכיר או כעצמאי (עצמאי שהעסק שלו פעיל, אף אם אינו עובד בו בפועל, נחשב כמי שיש לו הכנסה מהעסק) או מגמלה מחליפת שכר.
- את התביעה יש להגיש עד 12 חודשים מהמועד בו נקבעה דרגת נכות זמנית. ↵
- באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני. במקום מכתב בדואר, יישלח אליך אי מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי. ↵

כיצד יש להגיש את התביעה

- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן: ↵
 - 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 ובריורים 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



המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות

נפגעי עבודה

תביעה להכרה כנכה נזקק

לפי תקנה 18 א'

חותמת קבלה

לשימוש

פנימי

בלבד

(סריקה)

מס' זהות / דרכון

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך

סוג המסמך

דפים

דפים

שנה חודש יום

תאריך הפגיעה בעבודה

1

פרטי התובע

שם משפחה שם פרטי מספר זהות

2

פרטים על עיסוקי לפני הפגיעה – נא סמן במקום המתאים

שכיר - מקום העבודה מעמד: זמני קבוע ותק במקום העבודה: מקצוע הוצעה לי עבודה אחרת ע"י מעבידי: כן לא, ציין את הסיבה

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך. אם אתה מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה:

אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטאלי (ממוחשב) של הכנסותיי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

חובה להחתים את המעביד, במקום העבודה בו נפגעת, על סעיף 4 בטופס זה.

עצמאי/בעל שליטה העסק בבעלותי שותפות * יש לצרף דוחות מע"מ של העסק לתקופה המבוקשת מצב העסק כיום: סגור הפעילות צומצמה אין שינוי בפעילות העסק אני מעסיק עובדים: לא כן

ברצוני להוסיף על האמור לעיל:

הצהרה

3

אני מצהיר בזאת שבתקופה מתאריך עד תאריך, לא הייתה לי כל הכנסה מן המקורות שלהלן: הכנסה מהתעסקות, ואינני זכאי עבור תקופה זו לכל תשלום מאת מעבידי. ידוע לי, כי אם תאושר זכאותי כנכה נזקק, תבוטל זכאות לאבטלה(אם יש כזו). ידוע כי מחובתי לעדכן את המוסד לביטוח לאומי מיד עם שובי לעבודה.

אני החתום מטה מצהיר 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 בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

אם התביעה הוגשה בסיוע או על ידי מייצג: עו"ד חברת מימוש זכויות יד מכוונת ביה"ח אחר נא לציין את שם הגוף המסייע / המייצג תאריך תחילת התקשרות תאריך שם חתימה *

שם המעסיק _____ מספר תיק ניכויים _____
אני מאשר כי העובד _____ בעל מס' ת.ז. _____
מועסק בתפקיד _____
אופי העבודה _____
לא עבד בתקופה מתאריך _____ עד תאריך _____
הסיבה לכך _____
האם קבל שכר בתקופה זו כן לא עבור _____
הוצעה לו עבודה אחרת במפעל כן לא, הסיבה _____
הערות: _____
תאריך: _____ שם החותם ותפקידו: _____ חתימה וחותמת * _____