



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
שיקום

**בקשה לסיוע במענק למכשירים
בתוכנית השיקום**

אל: מחלקת שיקום סניף

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך

דפים

1

פרטי מגיש הבהשה

שם משפחה _____ שם פרטי _____

מספר זהות _____

מין זכר נקבה

כתובת

רחוב / תא דואר _____ מס' בית _____ כניסה _____ דירה _____

מיקוד _____

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____

דואר אלקטרוני _____

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר _____ שם פרטי איש קשר _____

מס' זהות איש קשר _____

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. האם כתובת בן/בת הזוג זהה לכתובתך? כן לא

2

פרטי הבקשה

אני החתום מטה מבקש מהמוסד לביטוח לאומי לסייע לי ברכישת מכשיר _____ לצורך _____ בסכום של _____ ₪ לצידוד מחשבים אין למלא סכום.

ידוע לי כי:

- רכישת מכשיר טרם קבלת אישור בכתב הינה על אחריותי בלבד ואינה מחייבת את מחלקת השיקום.
- המכשיר המבוקש הינו לשימושי האישי בלבד, לצורכי שיקומי המקצועי במסגרת לימודי או שילוב בעבודה.
- הסיוע לרכישת המכשיר הינו חד פעמי ומיועד לביצוע תוכנית השיקום ולכן עלי לדאוג להחזקתו התקינה ולביטוחו (כולל אובדן ותיקונים).

אם לא אעמוד בהתחייבויות הנ"ל, יהיה המוסד רשאי לדרוש ממני החזר כספי בגין רכישת המכשיר.

תאריך _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת * _____

3

לשימוש המשרד

בקשת התובע הנ"ל הובאה לדיון בפני צוות השיקום החתום מטה

פירוט המכשירים שאושר: _____

הסכום המאושר _____ ₪

הנימוקים לאישור/דחייה _____

רצ"ב המסמכים הבאים _____

תאריך _____ שם עובד השיקום _____ חתימה * _____

שם וחותמת מדריך השיקום/מנהל תחום השיקום * _____