



בקשה לסיוע בעזרת הזולת להורים שכולים ואלמנים/נות

לידיעתך

- ☞ הורים שכולים, אלמנים ואלמנות של נספי פעולות איבה התלויים בעזרת הזולת מחמת זקנה או מחמת מצב בריאות זכאים למימון טיפול אישי בידי הזולת. הזכאות נקבעת על סמך חוות דעת של רופא המשפחה המטפל ובדיקה של נתונים נוספים.
- ☞ הכלל הוא שהעזרה ניתנת באמצעות העסקת עובד חברת סיעוד בהתאם להיקף השעות שאושר לזכאי. קיימת אפשרות נוספת של עזרת הזולת והיא מתן תשלום לזכאי עבור מימון העסקת מטפל (שאינו בן משפחה) ישירות ע"י הזכאי באמצעות הטבה חודשית כתוספת לתגמול.
- ☞ יש להדגיש כי בכל מקרה של תשלום הטבה חודשית לעזרת הזולת, יש הכרח להעסיק מטפל בפועל
- ☞ הורים שכולים, אלמנים ואלמנות הזכאים להשתתפות במימון עזרת הזולת מכוח חוק הסיעוד או קצבת שירותים מיוחדים יידרשו לבחור בין קבלת הסיוע עפ"י חוק נפגעי פעולות איבה או קבלת הסיוע עפ"י החוקים האחרים בהתאם למהל המפורט בהמשך.

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ אישור מרופא המשפחה המטפל.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.

☞ 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 וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
שיקום

**בקשה לסיוע בעזרת הזולת
להורים שכולים ואלמנים/נות**

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים	0 1

חותמת קבלה

1

פרטי המבקש

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	מצב משפחתי אלמן <input type="checkbox"/> אם/אב שכולה <input type="checkbox"/>	תאריך לידה שנה חודש יום

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשורת

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	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 ס"ב
------------------	-----------------	-------------------------

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.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	-------	-------

האם כתובת בן/בת הזוג זהה לכתובתך? כן לא

2

אנשים הגרים עם המבקש

שם משפחה	שם פרטי	יחס קרבה	שנת לידה	עיסוק

3

תשלום עבור טיפול אישי ו/או עזרת בית

לא מקבל

מקבל מהמוסד לביטוח לאומי: _____

מקבל ממשרד הביטחון עזרה בבית או הטבה לעזרת הזולת.

4

הצהרת המבקש

אני החתום מטה, מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בבקשה 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.
כמו כן, אני מצהיר בזה כי פרט להכנסות שצינתי לעיל, אין לי או לבן זוגי הכנסות נוספות.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.
במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך _____ חתימת המבקש **x** _____

אם המגיש אינו המבקש

שם פרטי ומשפחה _____ ת.ז. _____ הקשר למבקש _____

כתובת _____

תאריך _____ חתימת המגיש **x** _____

לכבוד
רופא המשפחה המטפל

הנדון: הערכת מצב תפקודי ונפשי

לתשומת לבך

מצורף טופס המשמש את המוסד לביטוח לאומי בקביעת גובה השתתפות המוסד בעזרה לזולת או בסידור מוסדי להורים שכולים ואלמנות של נפגעי פעולות איבה המטופלים ע"י אגף השיקום במוסד לביטוח לאומי.
נבקש למלא את הטופס במלוא תשומת הלב תוך הקפדה על:

- שם משפחה, שם פרטי וגיל הפונה.
- מילוי האבחנות הרפואיות, אם אפשר גם בעברית.
- מילוי X ליד מגבלה אחת בלבד בכל סעיף (בהתאם למצב הזכאי).
- במידה ונעשתה טעות במילוי הטופס ובוצע תיקון, אנא חתום/חיתמי ליד התיקון (+ חותמת).
- יש לוודא כי המבקש חתם על ויתור סודיות בעמוד הקודם.

תודה על שיתוף הפעולה
אגף השיקום

פרטי הפונה

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.
אבחנה רפואית (לציין את חומרת המצב) _____ _____		

הערכת מצב תפקודי ונפשי

א. תנועה:	<input type="checkbox"/> הליכה חופשית	<input type="checkbox"/> הליכה בעזרת הזולת	<input type="checkbox"/> הולך בקושי	<input type="checkbox"/> הולך בעזרת מכשיר
	<input type="checkbox"/> עגלת נכים	<input type="checkbox"/> רתוק למיטה		
ב. אכילה:	<input type="checkbox"/> אוכל לבדו	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	
ג. הלבשה:	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	
ד. רחצה:	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	
ה. ראייה:	<input type="checkbox"/> תקינה/תקינה עם משקפיים	<input type="checkbox"/> כבד ראייה	<input type="checkbox"/> עיוור	<input type="checkbox"/> עיוור – יש לצרף תעודת עיוור לנכה מתחת לגיל 75
ו. שליטה על סוגרים:	<input type="checkbox"/> שליטה מלאה	<input type="checkbox"/> שליטה חלקית	<input type="checkbox"/> באמצעי עזר	
ז. התמצאות:	<input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום	<input type="checkbox"/> שכחה בתפקוד יומיומי המהווה סיכון	<input type="checkbox"/> לא מתמצא בזמן ובמקום	
ח. זמן משוער של המחלה:	<input type="checkbox"/> 1-3 חודשים	<input type="checkbox"/> 4-6 חודשים	<input type="checkbox"/> 7-12 חודשים	<input type="checkbox"/> לצמיתות

סיכום והמלצת רופא המשפחה המטפל

- סיכום מצב תפקודי של הפונה: עצמאי תשוש סיעודי סיעודי מורכב
- הבעיות הסיעודיות הטיפוליות העיקריות של החולה _____

המלצות

הפנייה לסידור בבית אבות
 יכול להישאר בביתו וזקוק לעזרה ביתית
 אחר _____

שם רופא המשפחה המטפל	חותמת בציון מס' רישיון	חתימת הרופא	תאריך
_____	_____	_____	_____

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
שיקום



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: שיקום

פרטים אישיים

	<p>תאריך תביעה</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">שנה</td> <td style="text-align: center;">חודש</td> <td style="text-align: center;">יום</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>											שנה	חודש	יום								<p>מספר זהות/דרכון</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;"></td> </tr> </table>													<p>קוד גמלה</p> <p style="font-size: 24px; text-align: center;">40</p>
שנה	חודש	יום																																	
שם פרטי		שם משפחה																																	
<p>חבר בקופת חולים</p> <p> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____ </p>																																			

הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____

חתימת המבקש או האפוטרופוס (אם מונה כזה- יש לצרף צו אפוטרופוס)

שם ושם משפחה: _____ חתימה ✕ _____