

# בקשה לבדיקה מחדש למקבל קצבת ילד נכה בל/7824

## 1. פרטי הילד

- שם משפחה
- שם פרטי
- מספר זהות
- כתובת (הרשומה במשרד הפנים)
  - רחוב / תא דואר
  - מספר בית
  - כניסה
  - דירה
  - יישוב
  - מיקוד
- האם הילד שוהה עכשיו או במשפחה אומנת או בפנימיה
  - לא
  - כן:
    - במוסד / בפנימיה \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_
    - במשפחה אומנת \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_
  - שהה מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_ ומתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_
  - עדיין שוהה

## 2. פרטי מגיש התביעה

- שם משפחה
- שם פרטי
- מספר זהות
- קרבה אל הילד:
  - הורה
  - אח / אחות
  - סב / סבתא
  - אפטרופוס ( יש לצרף צו אפטרופסות)
  - אחר
- כתובת מגורים / מען למכתבים:
  - עם הילד
  - אחר, פרט \_\_\_\_\_
  - רחוב / תא דואר
  - מספר בית, כניסה, דיה
  - יישוב
  - מיקוד
  - טלפון קווי
  - טלפון נייד
    - אני מאשר קבלת הודעות sms
    - דואר אלקטרוני
    - אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני
- באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא את פרטי הדואר האלקטרוני. לידיעתך, המוסד יהיה פטור ממשלוח הודעות אלו גם בדואר.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

### 3. פרטים על מצבו הבריאותי של הילד (יש לצרף מסמכים רפואיים מעודכנים)

---

#### 4. הצהרה

אני החתום מטה מצהיר 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 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על הזכאות לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי, כי עליי להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

במידת הצורך, אני מסכים לבדוק מחדש את הליקוי הרפואי. ידוע לי, שבדיקה זו יכולה לגרום לשינוי ולהשפיע על הזכאות לקצבת ילד נכה (לרבות הפחתה).

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מגיש התביעה \_\_\_\_\_

# כתב ויתור סודיות רפואית שירותים מיוחדים וילד נכה

## 1. פרטים אישיים

- קוד גמלה 30
- מספר זהות / דרכון
- תאריך תביעה \_\_\_\_\_
- שם משפחה
- שם פרטי
- חבר בקופת חולים
  - כללית
  - מאוחדת
  - מכבי
  - לאומית
- אחר \_\_\_\_\_

## 2. הצהרה

- אני \_\_\_\_\_ הח"מ מספר זהות
- יחס קרבה לרשום מטה
  - הורה
  - אפוטרופוס
  - אחר \_\_\_\_\_

מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלה, מצב הרפואי, הטיפול שניתן, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודות המבוטח.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מגיש התביעה \_\_\_\_\_