



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
תביעה לתשלום מענק מיוחד  
לנפגעי עבודה  
 דיור  אביזרי עזר  רכב

חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

עמוד 1 מתוך 2

מס' זהות / דרכון																			
<table border="1"> <tr> <td>סג</td> <td>דפים</td> <td colspan="8">המסמך</td> </tr> </table>										סג	דפים	המסמך							
סג	דפים	המסמך																	

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	שנת לידה	מספר זהות ס"ב
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:	
<input type="checkbox"/> 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.			
תאריך הפגיעה	מצב משפחתי	ילדים מתחת לגיל 18	
שנה	חודש	יום	<input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> נשואה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור
אחוזי נכות שנקבעו _____ <input type="checkbox"/> לצמיתות <input type="checkbox"/> זמניים עד לתאריך _____			

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
האם כתובת בן/בת הזוג זהה לכתובתך? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא			

2

אם המבוטח מיוצג ע"י עו"ד או חברה או אם אינו יכול להגיש תביעה עקב מצבו הבריאותי, על מגיש התביעה למלא את הפרטים הבאים:

פרטי מגיש התביעה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	יחס קרבה לתובע <input type="checkbox"/> קרוב משפחה <input type="checkbox"/> אפטרופוס <input type="checkbox"/> עו"ד <input type="checkbox"/> חברה מייצגת <input type="checkbox"/> רו"ח <input type="checkbox"/> אחר: _____
אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".			
תאריך _____		חתימת התובע ✕ _____	

3

הנימוקים לתביעה

אנא פרט מטרת המענק לו אתה נזקק וגובה המענק המבוקש \_\_\_\_\_

עלך לצרף לתביעה מסמכים רפואיים עדכניים שיתייחסו למצבך הרפואי, לאשפוזים שהיו בשנים האחרונות, לטיפולים שהינך מקבל ולקשייך התפקודיים הנובעים מפגיעת העבודה שלך.

**פרטי חשבון הבנק של התובע**

אני מבקש לשלם לי את המענק המיוחד, אם יאושר, באמצעות:

שמות בעלי החשבון

מס' הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעלי החשבון ✕ \_\_\_\_\_

**הצהרה**

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה 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. ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע ✕ \_\_\_\_\_

**לשימוש המוסד (סניף)**

שם עובד מקבל	נתקבל ביום																				
	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td colspan="7"> </td> </tr> </table>											יום	חודש	שנה							
יום	חודש	שנה																			

**פרטי הנכות:**

צמיתה מיום	% נכות																				
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td colspan="7"> </td> </tr> </table>											יום	חודש	שנה								
יום	חודש	שנה																			

מהות הפגיעה (אבחנה רפואית)

\_\_\_\_\_

מצורפים בזה: (א) דו"ח פקיד שיקום (ב) הצעות מחיר (ג) חוות דעת רופא

המלצת צוות שיקום סניפי

\_\_\_\_\_

תאריך	חתימה			
	תואר התפקיד			

החלטת המשרד הראשי

\_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה ✕ \_\_\_\_\_