

בקשה לבדיקה מחדש למקבל קצבת שירותים מיוחדים -

בל 7850

לידיעתך, בקשה זו יכולה לגרום לשינוי באחוזי הנכות ולהשפיע על זכאותך לקצבת נכות ולקצבת שירותים מיוחדים (לרבות הפחתתם).

1. פרטי המבקש

- אם תביעתך נדחתה, ניתן לפנות לוועדת תביעות במוסד לביטוח לאומי לשם בדיקה נוספת
- אין בפנייתך לוועדת התביעות כדי להאריך מועדים הקבועים בחוק להגשת תביעה לבית הדין ועדת תביעות מתקיימת ללא נוכחות המבוטח
- בסמכות הוועדה להמליץ בלבד לפקיד התביעות לבחון את החלטתו מחדש
- פנייה לוועדת התביעות תיעשה תוך 6 חודשים ממועד קבלת ההחלטה בתביעה

יש לצרף לטופס זה

על מנת שהוועדה תדון בבקשה הנך מתבקש לצרף את המסמכים הבאים:

- פניה לוועדת תביעות- **טופס ב.ל. 910** בו מפורטת סיבת הגשת הערעור על החלטת פקיד תביעות
- מכתב החלטה של פקיד תביעות

חובה לצרף רישיון קבורה מקורי

הוועדה אינה מוסמכת לדון

- בהחלטת ועדה רפואית, קביעת אחוזי נכות, אחוזי שר"מ, אחוזי נידות
- בהחלטת פקיד תביעות בנושאים רפואיים או המסתמכת על התייעצות רפואית
- בהחלטות של הערכת תלות בסיעוד והחלטת פקיד שיקום
- בהחלטות בתיקי הבטחת הכנסה ומזונות
- בהחלטות פקיד גביה כולל בנושאי מעמד משפחתי, תושבות, יחסי עובד מעביד

כיצד ניתן להגיש את הבקשה

את טופס בקשה ניתן:

- לשלוח בדואר או למסור בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך .
- לשלוח את התביעה עם מסמכים נלווים באמצעות פקס, אין חובה להגיש מסמכים מקוריים.

לשאלות ולברורים יש לפנות לטלפון 02-6709787 פקס: 02-6463915

מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי - [אתר ביטוח לאומי](#)

פנייה לוועדת תביעות

בנושא _____ טלפון _____

1. פרטים אישיים

- שם משפחה
- שם פרטי
- מספר זהות
- האם אתה שוהה עכשיו או שהיית בחצי שנה האחרונה במוסד? לא / כן, פרט _____

• כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

- רחוב/תא דואר
- מספר בית
- כניסה
- דירה
- ישוב
- מיקוד
- טלפון קווי
- טלפון נייד
- אני מאשר קבלת הודעות SMS
- דואר אלקטרוני
- מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)
 - רחוב/תא דואר
 - מספר בית
 - כניסה
 - דירה
 - ישוב
 - מיקוד

2. נימוק הנכה לבקשה לבדיקה מחדש

יש לפרט את השינויים שחלו במצבך הרפואי מאז הבדיקה הקודמת ולצרף אישורים רפואיים עדכניים ומפורטים

3. הסכמה לקביעת רופא ללא נוכחות – חתום אם אינך מעוניין להיבדק על

ידי רופא

אני מסכים בזה שרופא יקבע את מצבי הרפואי ואחוזי נכותי לפי מסמכים בלבד ומבלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שלמרות זו יהיה עלי להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

תאריך _____ חתימת התובע _____

4. הצהרה

אני החתום מטה תובע גמלת שירותים מיוחדים, ומצהיר 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 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.

במידת הצורך, אני מסכים להיבדק מחדש לעניין אחוזי נכות רפואית. ידוע לי, שבדיקה זו יכולה לגרום לשינוי באחוזי הנכות, ולהשפיע על זכאותי לקצבת נכות ולקצבת שירותים מיוחדים (לרבות הפחתתם).

תאריך _____ חתימת התובע / מקבל הגמלה או מגיש התביעה _____

כתב ויתור סודיות רפואית שם הגמלה: שירותים מיוחדים – נכות

פרטים אישיים של המבוטח

- קוד גמלה 33
- מספר זהות/דרכון
- תאריך תביעה
- שם משפחה
- שם פרטי
- חבר בקופת חולים - כללית / מאוחדת / מכבי / לאומית / אחר _____

הצהרה

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

תאריך _____ חתימת המבוטח _____