



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נפגעי עבודה

**תביעה להכרה כנכה נזקק**  
לפי תקנה 18 א'

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <p>מס' זהות / דרכון</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </div> <div style="width: 60%;"> <p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 30%;"> <p>סוג המסמך</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> </div> <div style="width: 40%;"> <p>דפים</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </div> <div style="width: 30%;"> <p>חתימת קבלה</p> </div> </div> </div>																																										

1

**פרטי התובע**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	ס"ב

2

**פרטים על עיסוקי לפני הפגיעה – נא סמן במקום המתאים**

שכיר – מקום העבודה \_\_\_\_\_  
מעמד:  זמני  קבוע  
ותק במקום העבודה: \_\_\_\_\_ . מקצוע \_\_\_\_\_

הוצעה לי עבודה אחרת ע"י מעבידי:  כן  לא, ציין את הסיבה \_\_\_\_\_  
הגשתי בקשה לדמי אבטלה  לא  כן, בתאריך \_\_\_\_\_  
**חובה להחתיים את המעביד, במקום העבודה בו נפגעת, על סעיף 4 בטופס זה.**

עצמאי  העסק בבעלותי  שותפות  
מצב העסק כיום:  סגור  הפעילות צומצמת  אין שינוי בפעילות העסק  
אני מעסיק עובדים:  לא  כן

ברצוני להוסיף על האמור לעיל: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3

**הצהרה**

הריני מצהיר בזאת שבתקופה מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_, לא הייתה לי כל הכנסה מן המקורות שלהלן: הכנסה מהתעסקות, דמי אבטלה ואינני זכאי עבור תקופה זו לכל תשלום מאת מעבידי.  
ידוע לי כי מחובתי לעדכן את המוסד לביטוח לאומי מיד עם שובי לעבודה.  
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 ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

תאריך \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

4

**אישור המעסיק למוסד לביטוח לאומי**

שם המעסיק \_\_\_\_\_ מספר תיק ניכויים \_\_\_\_\_  
הריני מאשר כי העובד \_\_\_\_\_ בעל מס' ת.ז. \_\_\_\_\_  
לא עבד בתקופה מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_  
קבל שכר עבור תקופה זו  כן  לא  
הוצעה לו עבודה אחרת במפעל  כן  לא, הסיבה \_\_\_\_\_  
הערות: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם החותם ותפקידו \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת **x** \_\_\_\_\_

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד