



תביעה למתן שיקום מקצועי

חובה לצרף לטופס זה

תעודות ואישורים המעידים על השכלתך, הכשרות מקצועיות, ניסיון בעבודה ואבחונים שעברת.

לידיעתך

לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.

אין לראות באישור הזכאות לשיקום משום אישור לתכנית השיקום עצמה

כיצד יש להגיש את התביעה

את טופס התביעה רצוי להגיש במחלקת שיקום בסניף הביטוח הלאומי הקרוב למקום מגוריך.
לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון 02-6463488

לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

פרטים העבודה נוכחית

3

מקצוע/משלח יד: _____

האם יש לך תעודה מקצועית? לא כן. פרט _____

האם קיבלת סיוע במימון הכשרה מקצועית מגורם כלשהוא?
 לא כן, קיבלתי הכשרה מסוג _____ מהגורם _____

האם אתה עובד כעת? לא, מדוע? _____
 כן, תאריך התחלה _____ תפקיד _____ מקום העבודה _____

פרטי ניסיון תעסוקתי (ניתן לצרף קורות חיים לחילופין)

4

מקום העבודה	תפקיד	תקופת העבודה	מס' שעות עבודה ביום / היקף משרה	סיבת הפסקת העבודה או השינוי

פרטים נוספים של התובע

5

לנכה: תאריך הפגיעה _____
 פרט את המגבלות מהן אתה סובל כתוצאה מהפגיעה/המחלה _____

אחוזי הנכות שנקבעו לך בוועדה הרפואית: _____ %
 האם אחוזי הנכות נקבעו לצמיתות זמנית, עד תאריך _____

לבן/בת זוג של נכה שאינו ניתן לשיקום מקצועי: שם הנכה _____ ת.ז. _____

לאלמן: תאריך התאלמנות _____
 האם אתה סובל ממגבלות רפואיות? לא כן, פרט: _____

6 נסיבות הפנייה לשיקום מקצועי

6

1. פרט את נסיבות פנייתך לשיקום מקצועי _____
2. פרט הצעות/בקשות מיוחדות בקשר לשיקומך _____
3. האם יש לך זכאות במימון לימודים מגורם אחר?
 לא
 כן, הגורם הינו: משרד הביטחון משרד הבריאות משרד הרווחה מינהל הסטודנטים אחר: _____
 פרטים על הזכאות _____

7 פרטי חשבון הבנק של התובע

7

אם יגיעו לי תשלומי שיקום אבקש להעבירם לזכות חשבון הבנק המפורט להלן

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: לחשבון הקיבוץ / המושב לחשבוני הפרטי

אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.
 אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון החשבון.
 אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.
 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.

_____ x _____ x _____
 תאריך חתימת מקבל התשלום חתימת/חתימות השותפים לחשבון

8 הצהרה

8

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. 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.

_____ x _____
 תאריך חתימת התובע