

تأمين العجز

א. פרטי התובע
א. تفاصيل مقدم الطلب

שם משפחה إسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	תאריך לידה تاريخ الميلاد	מספר זהות رقم بطاقة الهوية	שוחה בישראל يسكن في إسرائيل
מצב משפחתי الحالة الاجتماعية		מתאריך من تاريخ	גר במשק הבית עם: يسكن في المنزل مع:	

רחוב شارع	מספר בית رقم المنزل	כניסה مدخل	דירה شقة	יישוב البلدة	מיקוד الرمز البريدي
אצל لدى	מספר טלפון رقم الهاتف	מספר טלפון נייד رقم الهاتف الخليوي			

האם אתה מקבל מהמוסד לביטוח לאומי? קיציבת נכות ☐ כן ☐ לא קיציבת נידודות ☐ כן ☐ לא هل تتلقى من مؤسسة التأمين الوطني? מחצצצצצצ עגז? ☐ נעם ☐ כלא מחצצצצצצ תנצל? ☐ נעם ☐ כלא	האם קבלת הלוואה עומדת לרכישת רכב ו/או הגשת במשך השנה האחרונה תביעה לקיציבת ניידודות או להלוואה עומדת ☐ כן ☐ לא هل تلقيت قرضًا ثابتًا لشراء مركبة و/أو قمت في السنة الأخيرة بتقديم طلب للحصول على مخصصات تنقل أو قرض ثابت? ☐ נעם ☐ כלא	האם אתה שוהה עכשיו או שהית בשנה החולפת במוסד ☐ כן, שם המוסד ☐ לא هل تمكث حاليًا أو مكثت خلال السنة الأخيرة في مؤسسة? ☐ נעם, إسم المؤسسة ☐ כלא
--	--	---

ב. פרטים על תלות בזולת ופרטים אחרים
ב. تفاصيل حول الاعتماد على الآخرين وتفاصيل أخرى

1. פרט פעולות יום - יום (כגון אכילה, רחצה, נקיון אישי וכד') שלביצוען אתה תלוי בעזרת אחרים
الرجاء تفصيل المهام اليومية (مثل تناول الطعام، الاغتسال النظافة الشخصية وما شابه) ولأدائها تعتمد على مساعدة الآخرين.

2. ציין במי אתה נעזר בביצוע הפעולות הנ"ל (בן משפחה, עזרה בתשלום וכד'):
أشر إلى الشخص الذي تستعين به لأداء المهام أعلاه (أحد أفراد العائلة، مساعدة في الدفعات وما شابه):

3. פרט אביזורי העזר בהם הינך משתמש (כסא גלגלים, קסטר וכד'):
الرجاء تفصيل المعدات المساعدة التي تستخدمها (كرسي متحرك، قسطرة وما شابه):

4. הגורמים שטיפלו בך בשנה החולפת (סמן ✓): ☐ קופת חולים (ציין שם הקופה) ☐ הלשכה לשרותים חברתיים (סעד): ☐ לשכת הבריאות
התחנה לבריאות הנפש ☐

4. ההינאט הלי וקרת לך החדמת כלאל السنة الأخيرة (أشر ب ✓): ☐ קופת חולים (ציין שם הקופה)
☐ صندوق مرضى (أشر إلى الصندوق)
☐ دائرة الخدمات الاجتماعية (رعاية): ☐ לשכת הבריאות
☐ دائرة الصحة
☐ مركز الصحة النفسية

5. ציין תקופות אישפוז בשנה החולפת: מתאריך _____ עד תאריך _____
أشر إلى فترات المكوث خلال السنة الماضية: من تاريخ _____ حتى تاريخ _____

שם בית - חולים / מוסד
إسم المستشفى/المؤسسة

☐ לא אושפזתי
☐ لم أمكث في أي مستشفى/مؤسسة

ג. פרטים על תביעה לפיצויי נזיקין מצד שלישי
 ג. تفاصيل حول دعوى لتلقي تعويضات عن أضرار من طرف ثالث

אם נכותך נגרמה כתוצאה מתאונה? ("תאונה" - תאונת דרכים או אחרת הנגרמת עקב רשלנות הזולת, תקיפה וכדומה) 1. ☐ לא (עבור לסעיף הבא) ☐ כן - השלם הפרטים שלהן هل عجزك ناتج عن حادث؟ (" حادث" - حادث طرق أو آخر وقع نتيجة لإهمال من قبل آخرين، اعتداء وما شابه) 1. ☐ كلا (انتقل إلى البند التالي) ☐ نعم- أكمل التفاصيل أدناه		
2. ☐ תאונת דרכים ☐ 3. תאונה אחרת 2. ☐ حادث طرق ☐ 3. حادث آخر	תאריך התאונה تاريخ وقوع الحادث	מקום אירוע התאונה مكان وقوع الحادث
האם נמסרה הודעה למשטרה هل تم إبلاغ الشرطة؟ ☐ לא ☐ כן, לתחנת המשטרה ב- _____ מספר תיק _____ ☐ כלא ☐ نعم, في مركز الشرطة في: _____ رقم الملف: _____		
האם הגשת או הינך עומד להגיש תביעה לפיצויי נזיקין هل قدمت أو تنوي تقديم دعوى للحصول على تعويضات نتيجة أضرار؟ ☐ לא ☐ כן, הנתבע הוא _____ תאריך הגשת התביעה _____ ☐ כלא ☐ نعم, المدعى عليه هو _____ تاريخ تقديم الدعوى _____ שם עורך הדין המייצג אותך בתביעה _____ מענו _____ מס' טלפון _____ إسم المحامي الذي يمثلك في الدعوى _____ عنوانه _____ رقم الهاتف _____		
האם קיבלת פיצויי נזיקין בגין התאונה هل تلقيت تعويضات عن أضرار ناتجة عن الحادث؟ ☐ טרם קיבלתי ☐ קיבלתי פיצויים מ- _____ בתאריך _____ ☐ لم أتلّق التعويضات بعد ☐ تلقيت التعويضات من _____ في تاريخ _____		

ד. פרטים על הנכות והאשפוזים

פרטים על הליקויים (מחלות / מומים) והטיפול הרפואי (רשום את כל הליקויים בגללם נפגע כושרך לעבוד / לעקרת- בית לתפקד במשק הבית)

ד. تفاصيل حول العجز وفترات المكوث في المستشفى/مؤسسة ما

تفاصيل حول المشاكل الصحية (أمراض/تشوهات) والعلاج الطبي الذي تلقينته (يجب تسجيل جميع المشاكل الطبية التي تسببت بفقدان مقدرتك على العمل/ إلى ربة المنزل- أداء المهام المنزلية)

הליקוי (המחלה / המום) (תיאור מלא של הלקוי) المشكلة (المرض/التشوه) (وصف كامل للمشكلة)	תאריך תחילת הליקוי תאריך בדיקה המשקלה	החמרה - לאחר תחילת הליקוי אם כן - ממה? אם לא - ציין "לא" تدهور الحالة الصحية- بعد بداية المشكلة إن طرأ تدهور- منذ متى? إن لم يطرأ تدهور- أشرب " كلا"	נסיבות הווצרות הליקוי שירות בטחוני, פגיעה בעבודה, פעולת איבה/ספר, מלחמה ורדיפות הנאצים, אסירי ציון, אחר (פרט): أسباب حدوث المشكلة خدمة أمنية، إصابة عمل، إعمال عدائية/ نشاط مدرسي، حرب واضطهادات نازية، أسرى صهيون، آخر (الرجاء التفصيل):	טיפול רפואי - ציין שם בית החולים العلاج الطبي- أشرب إلى اسم المستشفى
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

ה. הכנסות התובע
 היום וב- 12 החודשים האחרונים (צורף אישורים)
 מדخולות מִפְדֵּם הַטֵּלֵב
 חֲלִיפָה וְחֻלָּל הָאֶשְׁחֵר הָאֶשְׁחֵר עֶשְׂרֵי הָאֶשְׁחֵר (אֶרְפִּי הַטֵּדִיקָת)

הכנסות ומקורותיהן המדחולות ומסאדרה	היום היום	ב- 12 החודשים האחרונים חֻלָּל הָאֶשְׁחֵר הָאֶשְׁחֵר עֶשְׂרֵי הָאֶשְׁחֵר
מעבודה (יש/אין) עֵמֶל (יוֹגֵד/לֹא יוֹגֵד)		
פנסיה ממקום העבודה אם יש - רשום את שם הגורם המשלם ומענו רֶאֱתֵב תְּקָעֵדִי מִן מְקָן הָעֵמֶל אִן וְגֵד- יִגְבַּי תְּסַגִּיל אִסְמֵ הָהֵיִטָה מְזוּדָה הָרֶאֱתֵב וְעִנְוָנָהּ		
קיצבה / רנטה מחו"ל (כן / לא) מִחְסָסָת/ מִחְסָסָת מִן חֹאֵר הַבִּלָּד (נֵעַם/כֹּל)		
משרד הביטחון אם יש - רשום מס' התיק מִן וְזָרָה הַדִּפָּא אִן וְגֵד- יִגְבַּי תְּסַגִּיל רֶקֶם הַמֶּלֶף		
משרד האוצר אם יש - רשום סוג הגימלה ומס' התיק מִן וְזָרָה הַמַּלְיָה אִן וְגֵד- יִגְבַּי תְּסַגִּיל נֹעַ הַמִּחְסָסָת וְרֶקֶם הַמֶּלֶף		
מצה"ל מִן גֵּיִשׁ הַדִּפָּא הָאֶסְרֵאִילִי		
הסוכנות היהודית הַוְכָלָה הַיְּהוּדִיָּה		
גורם ציבורי אחר אם יש פרט שם ומען הֵיִטָה עָמָה אֲחֵרִי אִן וְגֵד, הָרֶגֶא תְּפִסִּיל הָאֶסֶם וְהָעִנְוָן		
גימלאות מביטוח לאומי (כן/לא) מִחְסָסָת מִן הַתָּאֵמִין הַוְּטֵנִי (נֵעַם/כֹּל)		
רכוש / שכ"ד / ריבית / דיורנד קֶרֶנוֹת - גִּמֶל, בִּיטוֹחַ חַיִּים (רשום איזה, וסכום חודשי בש"ח היום מֶלֶךְ/אִגָּאֵר שִׁקָּה/פְּוָאֵד/ תּוֹזִיעַ אֶרְבָּא סִנְאִדִּיק- אִדְחָר, תָּאֵמִין חַיָּה יִגְבַּי תְּסַגִּיל הַנֹּעַ וְהַמִּבְלֵג הַשְּׁחֵרִי הַחֲלִי בַּשִּׁיכֵל		
האם משותף לשני בני-הזוג (כן / לא) הֵל הַדְּחֵל מְשֻׁתָּף לַזּוּגָן (נֵעַם/כֹּל)		
פרט גימלאות ביטוח לאומי המשולמות לך היום או ב- 24 החודשים האחרונים : _____ הָרֶגֶא תְּפִסִּיל מִחְסָסָת הַתָּאֵמִין הַוְּטֵנִי הַתִּי תִדְפַּע לֶכָּ חֲלִיפָה וְחֻלָּל הָאֶשְׁחֵר הָאֶשְׁחֵר עֶשְׂרֵי הָאֶשְׁחֵר : _____ האם נקבעו לך בעבר אחוזי נכות 20% או יותר בגין פגיעה בעבודה? ☐ כן ☐ לא האם נקבעו לך בעבר אחוזי נכות 20% או יותר בגין פגיעה בעבודה? ☐ כן ☐ לא האם נקבעו לך בעבר אחוזי נכות 20% או יותר בגין פגיעה בעבודה? ☐ כן ☐ לא		

מספר זהות PF - 17 לפתיחת חלון הזרמה טופס 50 תאריך קבלת תביעה
 رقم بطاقة الهوية اضغط على PF - 17 لفتح شباك إدخال المعلومات استمارة 50 تاريخ استلام الطلب

אומת על-פי:
المصادقة تمت اعتماداً على:

☐	תעודת זהות התובע
☐	بطاقة هوية مقدّم الطلب
☐	נתונים מאומתים בתיק תביעה
☐	معطيات التصديق في ملف الطلب

תאריך התאונה
تاريخ وقوع الحادث

נכות מתאונה
عجز ناتج عن حادث

חתימה

التوقيع

פקיד התביעות

موظف الطلبات

הקש 13 - PF כשתווין ממוקם
בשדה המבוקש לפתיחת חלון קודים

ו. פרטי בנק ו. تفاصيل البنك

תשלומים שיגיעו לי אבקש להעביר לזכות חשבוני בבנק כמפורט להלן:

أطلب بتحويل أي مبلغ أستحقه من مؤسسة التأمين الوطني بشأن هذا الطلب لحساب البنك المفصل أدناه:

שם הבנק _____ שם הסניף _____ מען הסניף _____

إسم البنك _____ اسم الفرع _____ عنوان الفرع _____

מספר החשבון _____ החשבון מתנהל על-שם: ☐ התובע ☐ אחר, פרט: _____

رقم الحساب _____ الحساب يدار على اسم: ☐ مقدم الطلب ☐ آخر، الرجاء التفصيل: _____

ז. הצהרת התובע
תסריח מִדִּם הִתְבַּע

אני החתום מטה תובע גמלת שר"מ ומצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

אני המועד אדנא מִדִּם הִתְבַּע מִסְתַּמֵּת הַחֲסֵמָה אֲסֻרָּה בְּהַזָּה בְּאֵן גִּמִּיעַ הַתִּפְסִיל הַתִּי מִדִּם הִתְבַּע הַזֶּה הַתְּבַע וּמִלַּחֲקָה שְׂחִיכָה וְכִמְלָה.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה 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.

אֲעִלֵּם אֲנִי תְּרֹיד תִּפְסִיל גִּיר שְׂחִיכָה אוֹ יִחְפֵּא מַעֲטִיַּת יִחְלָפֵן הַחֲקֹן, וְאֵן הַשִּׁחַשׁ הַזֶּה יוֹדִי, בִּלְעִלֵּם אוֹ הַחֲתִיל, לְמִסְדָּקָה עַל דִּעַ הַמִּסְתַּמֵּת וּפִקֵּ הַחֲקֹן, אוֹ זִיַּדְתָּה עַן טְרִיק יִחְפֵּא תִּפְסִיל זֵאת אִמְיָה, סִיעַקֵּב בְּדִעַ גְּרָמָה אוֹ בִּלְסִגֵּן.

ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכותי לגמלה או על יצירת חוב ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי תוך 30 יום

אֲעִלֵּם אֲנִי אִי תִּגְיִיר פִּי אֶחַד תִּפְסִיל הַזֶּה הַתְּבַע אוֹ מִלַּחֲקָה קִד יוֹתֵר עַל אִסְתַּחְקָקִי לְמִסְתַּמֵּת אוֹ עַל תְּרִאֵם דִּיֵּן, לְהַזֶּה אֲלִתְרֵם בִּלְתִּבְלִיעַ עַן אִי תִּגְיִיר חֲלָל 30 יוֹם

כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

כִּמָּה וְאֲלִתְרֵם בִּבְלָג הַמִּוִּסְסָה עַן אִי סִפֵּר אֶל חָרֵג הַבִּלָּד לִפְתָּה תְּרִיד עַן 3 אֲשֵׁר.

ידוע לי כי לצורך בדיקת זכויותי לשירותים מיוחדים, יהיה עלי להיבדק מחדש לעניין אחוזי נכותי הרפואיים, וכי אלה עשויים להשתנות (לרבות הפחתתם) בעקבות בדיקה זו.

אֲעִלֵּם אֲנִי לִחְסֵם אִסְתַּחְקָקִי לְחֲסֵמָה הַחֲסֵמָה, סִאֲזִטֵּר לִאֲרָא פִּחְסָא מִגְּדָדָא לִיִּתֵּם תִּחְדִּיד נִסְבּ עֲגְרִי הַתְּבַע, וְאֵן הַזֶּה הַנִּסְבּ קִד תִּגְיִיר (עָמָה מָא תִּקֵּל) עִקֵּב הַזֶּה הַפִּחְסֵם.

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

אוֹפִּיק עַל קִיַּם הַבִּנְק בִּאֲעָדָה הָאִמּוֹל הַמּוּדַעָה פִּי חֲסִבִּי לְמּוִסְסָה הַתְּאִמִּין הַחֲקֹקִי, חֲסִבּ תִּלְבִּיָּה, וְזִלֵּק פִּי חָל קִאִמַּת הַמּוִּסְסָה בְּתַחְוִיל מִבְּלַג מָא אֶל חֲסִבִּי בִּלְחָטָא אוֹ בִּשְׂכֵּל גִּיר חֲקֹקִי, סִוָּא קָאן כִּמְלָא אוֹ גְּרִנִּיָּא. כִּמָּה וַיִּגְזֹר לְהַבִּנְק תְּרֹיד הַמּוִּסְסָה בְּתִפְסִיל הָאִשְׁחָסִם הַזֵּיִן קָאמּוּ בִּסְחָב הָאִמּוֹל.

חתימה: X

תְּוִקִּיעַ:

תאריך: _____
חתימת התובע: _____
תְּוִקִּיעַ מִדִּם הִתְבַּע

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע רשום:

אִן תֵּם הַתְּוִקִּיעַ עַל הַתְּבַע בִּלְבִסְמָה הַרְגָּא תִּסְגִּיל:

שם העד _____ מספר זהות _____ חתימת העד _____

תְּוִקִּיעַ הַשָּׂהָד

רִקֵּם בְּטָקָה הַהוּיָה

אִסְם הַשָּׂהָד

המוסד לביטוח לאומי
مؤسسة التأمين الوطني

סניף _____
 فرع _____

תאריך _____
 تاريخ _____

לכבוד
 حضرة

המוסד לביטוח לאומי
مؤسسة التأمين الوطني

סניף _____
 فرع _____

תאריך _____
 تاريخ _____

לכבוד
 حضرة

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר
 למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי. תוצאותיו ו/או כל מידע אחר
 שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

أطالب بهذا تزويد مؤسسة التأمين الوطني أو مندوبيها بجميع المعلومات المتعلقة بمرضِي، حالتي
 الصحيّة، العلاج الذي تلقّيته، نتائجه و/أو جميع المعلومات الأخرى التي تطلبها و/أو أي وثيقة طبيّة
 خاصّة بي.

חתימה _____
 التوقيع _____

✂

המוסד לביטוח לאומי ביטוח נכות		סניף _____																			
מؤسسة التأمين الوطني تأمين العجز		فرع _____																			
לכבוד _____ _____ _____																					
حضرة _____ _____ _____																					
מספר תיק במוסד رقم الملف في المؤسسة																					
<table border="1"> <tr> <th>גמלה</th> <th>מספר זהות</th> <th>الرقم الدولي</th> </tr> <tr> <th>מخصصات</th> <th>رقم المراقبة</th> <th></th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	גמלה	מספר זהות	الرقم الدولي	מخصصات	رقم المراقبة					<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> </table>											
גמלה	מספר זהות	الرقم الدولي																			
מخصصات	رقم المراقبة																				
אישור קבלת תביעה לקיצבת שרותים מיוחדים تصديق استلام طلب تلقي مخصصات خدمات خاصة																					
הרינו לאשר בזאת שקיבלנו את תביעתך לקיצבת שרותים מיוחדים. הרינו להביא לידיעתך כי הטיפול בתביעה הוא מורכב וממושך ואנו מבקשים שיתוף פעולה מצידך לתשומת לבך - עליך להודיענו מיד ובכתב על כל שינוי שיחול לגבי הפרטים שמסרת עליהם בטופס התביעה. نصادق بهذا على استلام طلبك لتلقي مخصصات الخدمات الخاصة. نودّ إعلامك بأن معالجة الطلب معقدة وتستغرق وقتًا ونطلب منك تعاونك. كما ونودّ لفت انتباهك إلى أنه عليك إبلاغنا فورًا وخطيًا بجميع التغييرات في التفاصيل التي سجلتها في استمارة الطلب.																					
בכבוד רב, باحترام,																					
תאריך التاريخ _____ _____																					
פקיד תביעות موظف الطلبات																					

✂

המוסד לביטוח לאומי مؤسسة التأمين الوطني	
סניף _____	תאריך _____
פרע _____	תאריך _____
לכבוד حضرة _____ _____ _____	
אני _____ הח"מ, מס' זהות _____	
אנא _____ الموقع أدناه، بطاقة هوية رقم _____	
בעל פנקס חבר מספר _____ שם האב _____	
חامل بطاقة عضوية رقم _____ اسم الوالد _____	
הגר ב- _____	
הساکن في _____	
מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שנתיך לי. תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.	
أطلب بهذا تزويد مؤسسة التأمين الوطني أو مندوبيها بجميع المعلومات المتعلقة بمرضِي، حالتي الصحية، العلاج الذي تلقيته، نتائجه و/أو جميع المعلومات الأخرى التي تطلبها و/أو أي وثيقة طبية خاصة بي.	
חתימה _____	التوقيع _____