

גימלה לילד נכה - הנחיות לתובע

גימלה לילד נכה ניתנת:

- לילדים בגיל 3-18, אשר כתוצאה מליקוי תלויים בעזרת הזולת בביצוע פעולות יום יום יותר מהרגיל אצל בני גילם.
- לילדים מגיל 91 יום עד גיל 18 הזקוקים בשל ליקוי חמור או מחלה כרונית להשגחה מתמדת.
- לילדים הסובלים מאחד הליקויים הבאים כמשמעם בתקנות:
 - תסמונת דאון (מהלידה)
 - עיכוב התפתחותי חמור (מ-91 יום עד גיל 3 שנים)
 - ירידה בשמיעה (מהלידה)
 - ליקוי ראייה (מגיל 91 יום)
 - אוטיזם / פסיכוזה / מצב פסיכיאטרי התנהגותי
- ילדים הזקוקים בשל מחלה כרונית קשה לטיפול רפואי כמפורט בתקנות (מגיל 91 יום) גימלת ילד נכה ניתן לשלם עד גיל 18.

בעת הגשת התביעה יש להציג המסמכים הבאים:

1. תעודת הזהות של התובע 2. תעודת הזהות של הורי הילד שבה רשום הילד 3. תעודת הזהות או תלוש הרישום של הילד
4. מספר חשבון בנק (עובר ושב) המתנהל על שם התובע או על שם אפוטרופסו. יש לצרף מסמך רשמי של הבנק המאשר את פרטי החשבון או המחאה ריקה עליה רשום "מבוטל".

כמו כן, בעת הגשת התביעה יש לשים לב למצויין להלן:

- משפחה שבה שני ילדים נכים או יותר - תהיה זכאית לגמלה לילד נכה בשיעור מוגדל בעד כל אחד מהילדים. התוספת לכל ילד תהיה בשיעור של 50% מהשיעור המגיע.
- משפחה שבה שני ילדים נכים, המקבלת גמלה לילד נכה בעד ילד אחד בלבד, תהיה זכאית לגמלה בשיעור מוגדל, אם הילד השני אינו זכאי לגמלה מהסיבות הבאות:
1. הוא שוהה במוסד או בסידור אחר מחוץ לבית.
 2. הוא מעל גיל 18, ושולמה בעדו גמלה עד הגיעו לגיל 18 שנים.
- נא להקפיד על מילוי סעיף ג', בתביעה לגמלה לילד נכה.

לתביעה יש לצרף צילומי המסמכים הבאים (אלה ישארו בידי המוסד)

- תעודות רפואיות וסיכומי מחלה בשנתיים האחרונות, הכוללים גם פירוט הטיפולים הרפואיים.
- אישור לימודים הרצ"ב לאחר שימולא ויוחתם ע"י מינהלת ביה"ס, או גן הילדים.
- לילד עד גיל 6, אישור על טיפול התפתחותי לאחר שימולא ויוחתם ע"י גורם מוסמך (ראה האישור על גב עמוד זה)

מخصصות לולד המעאק – تعليمات لمقدم الطلب

تمنح مخصصات للولد المعاق في الحالات التالية :

- للأولاد في سن 3-18, الذين في اعقاب الإعاقة يعتمدون على الآخرين في تنفيذ المهام اليومية أكثر من المعتاد لدى ابناء جيلهم.
- للأولاد من سن 91 يوماً حتى 18 سنة, الذين في اعقاب إعاقة بالغة او مرض دائم يحتاجون رعاية دائمة.
- للأولاد الذين يعانون من الإعاقات التالية وفقاً لمعناها في القانون:
 - متلازمة داون (من الولادة)
 - تأخر كبير في التطور (من 91 يوماً حتى سن ثلاث سنوات)
 - هبوط في السمع (من الولادة)
 - ضعف في النظر (من سن 91 يوماً)
 - توحديين(اوتيزم) \ بسخوزا\ وضع نفساني ينعكس على التصرف.
- الأولاد الذين يحتاجون في اعقاب مرض مزمن شديد الى علاج طبي كما هو مفصل في القانون (من سن 91 يوماً) يمكن دفع مخصصات الولد المعاق حتى سن 18.

عند تقديم الطلب يجب إبراز المستندات التالية :

1. بطاقة هوية مقدم الطلب 2. بطاقة هوية والدي الطفل المسجل فيها 3. بطاقة هوية او بلاغ تسجيل الطفل.
4. رقم حساب البنك (الجاري) الذي على اسم مقدم الطلب او الوصي على الطفل. يجب ارفاق مستند رسمي من البنك يؤكد تفاصيل الحساب او شيك ملغي.

كذلك عند تقديم الطلب يجب الانتباه الى ما يلي :

- عائلة لديها ولدان معاقان او أكثر – تستحق مخصصات لولد معاق بنسبة أعلى عن كل واحد من الأولاد. الإضافة لكل ولد تكون بنسبة 50 % من النسبة المستحقة.
- عائلة لديها ولدان معاقان, وتتلقى مخصصات لولد معاق عن أحد الولدين فقط, تستحق مخصصات بنسبة أعلى, ان لم يستحق الولد الثاني مخصصات لأحد للأسباب التالية :
1. يمكث في مؤسسة او في إطار آخر خارج البيت.
 2. عمره أكبر من 18 سنة, ودفعت له مخصصات حتى بلوغه سن 18 .
- الرجاء التأكد من تعبئة بند ج في طلب مخصصات ولد معاق.

يجب ارفاق نسخ عن المستندات التالية مع الطلب (وتبقى بحوزة المؤسسة):

- وثائق طبية وتقييم المرض في العامين الأخيرين, يشمل تفصيل العلاجات الطبية.
- تصريح دراسة المرفق بهذا النموذج بعد تعبئته والتوقيع عليه من قبل ادارة المدرسة او الروضة.
- طفل حتى سن 6 سنوات, تصريح عن علاج تطوّر بعد تعبئته والتوقيع عليه من قبل هيئة مخولة (انظر التصريح في هذا النموذج).



המוסד לביטוח לאומי
ביטוח נכות
مؤسسة التأمين الوطني
تأمين العجز

עמוד 3 מתוך 13
صفحة 3 من 13

אל: המוסד לביטוח לאומי, סניף _____
אל: مؤسسه التأمين الوطني, فرع _____

הנדון: אישור לימודים
الموضوع: تصريح تعليم

הרינו מאשרים כי התלמיד שפרטיו מופיעים להלן, לומד באופן קבוע במוסדנו בתנאי פנימיה לא בתנאי פנימיה.
אנא נסרע بهذا ان الطالب صاحب التفاصيل الواردة هنا, يتعلم بشكل دائم في مؤسستنا بمدرسة داخلية ليس بمدرسة داخلية

שם הילד _____ מס' זהות הילד _____ שם האב _____
اسم الطالب _____ رقم هوية الطالب _____ اسم الاب _____

כתובת הילד _____
عنوان الولد _____

שם ביה"ס (הקורס, ההכשרה) וכתובתו _____ מס' טלפון _____
اسم المدرسة (الدورة, التاهيل) وعنوانها _____ رقم الهاتف _____

החל לימודיו בתאריך _____ תאריך סיום לימודים (משוער) _____
بدا تعليمه في تاريخ _____ تاريخ انتهاء التعليم (المتوقع) _____

מס' ימי לימוד בשבוע _____ מס' שעות לימוד ביום _____
عدد ايام التعليم الاسبوعية _____ عدد ساعات التعليم الاسبوعية _____

הילד מגיע למקום הלימודים: ברגל ברכב המשפחה בתחבורה ציבורית בהסעה מאורגנת
يصل الواد لمكان التعليم: مشيا بسيارة العائلة بالمواصلات العامة بسفريات منظمة

הילד מגיע לביה"ס: בליווי ללא ליווי
يصل الولد للمدرسة مع مرافق بدون مرافق

הערות
ملاحظات

חתימת מנהל בית הספר
توقيع مدير المدرسة

שם החותם
اسم الموقع

חותמת בית הספר
ختم المدرسة

תאריך
التاريخ

נא לוודא כי מולאו כל הפרטים המופיעים באישור
الرجاء التأكد من تعبئة كل التفاصيل في التصريح



הנחיות למילוי טופס התביעה
תعليمات لتعبئة نموذج الطلب

בעת מילוי טופס התביעה יש להקפיד על מילוי כל הפרטים. בשאלות שהתשובה להן היא שלילית ולא יועד בהן מקום לציון "לא" יש להעביר קו. במקום שמופיעות משבצות קטנות יש לסמן ✓ במשבצת שלצד התשובה המתאימה. שטחים על רקע כהה מיועדים לשימוש המוסד ואין לכתוב בהם.

עند تعبئة نموذج الطلب يجب التأكد من تعبئة جميع التفاصيل. الأسئلة التي إجاباتها سلبية ولم يوضع فيها مكان لكلمة " لا " , يجب وضع خط. الأماكن التي تظهر فيها مربعات صغيرة يجب الإشارة بإشارة ✓ في المربع الى جانب الإجابة الملائمة. المساحات التي على خلفية غامقة معدة لإستعمال المؤسسة ويجب عدم الكتابة بداخلها.

רישום מספרי זהות

מספרי זהות יש לרשום בכל 8 המשבצות המיועדות לכך. כאשר למספר הזהות פחות מ-8 ספרות יש לרשום "0" (אחד או יותר - לפי הנדרש), בצד שמאל.

تسجيل ارقام الهوية

يجب تسجيل ارقام الهوية في جميع المربعات الثمانية المعدة لذلك. عندما يتكون رقم الهوية من أقل من ثماني منازل يجب تسجيل "0" (واحد او اكثر - حسبما يقتضي الأمر) , في الجانب الأيسر.

رء

מספר זהות رقم الهوية							
סייב الاضافي							
0	0	0	5	3	9	7	6

(2) מספר זהות 53976
 יירשם:
 رقم هوية 53976
 يكتب:

מספר זהות رقم الهوية							
סייב الاضافي							
4	8	3	7	9	1	2	2

דוגמאות:
 (1) מספר זהות 48379122
 יירשם:
 امثلة
 رقم هوية 48379122
 يكتب:

רישום תאריכים

יש לרשום תאריכים כלהלן:

تسجيل التواريخ

يجب كتابة التواريخ كالتالي

תאריך עליה לישראל تاريخ		
שנה سنة	חודש شهر	יום يوم
7 9	2 1	7 2

(2) 27 בדצמבר 1997 יירשם:
 27 كانون اول 1997 يكتب:

תאריך לידה تاريخ الميلاد		
שנה سنة	חודש شهر	יום يوم
7 9	4 0	3 0

דוגמאות:
 (1) 3 באפריל 1997 יירשם:
 امثلة:
 3 نيسان 1997 يكتب:

לתשומת-לב: ציון השנה הוא על-ידי 2 ספרות אחרונות בלבד. אם התאריך המלא אינו ידוע, נא לצייין השנה בלבד, והמקום המיועד לחודש וליום יש להשאיר ריק.

نحيط انتباهكم: تسجيل السنة بواسطة المنزلتين الأخيرتين فقط. اذا كان التاريخ الكامل غير معروف, الرجاء تسجيل السنة فقط, وإبقاء المكان المعد للشهر واليوم فارغاً .



אל: המוסד לביטוח לאומי, סניף _____
الى: مؤسسه التأمين الوطني, فرع _____

הנדון: אישור על טיפול התפתחותי
الموضوع: تصريح عن علاج تطور

הרינו מאשרים כי הילד שפרטיו מופיעים להלן, מקבל באופן קבוע טיפול התפתחותי שאושר על ידנו.
اننا نصرح بهذا ان الطالب صاحب التفاصيل الواردة فيما يلي, يتلقى بشكل دائم علاج تطور صادقنا عليه.

שם הילד _____ מס' זהות הילד _____ שם האב _____
اسم الطالب _____ رقم هوية الطالب _____ اسم الاب _____

כתובת הילד _____
عنوان الولد _____

שם המוסד המטפל וכתובתו _____ מס' טלפון _____
اسم المؤسسة المعالجة وعنوانها _____ رقم الهاتف _____

החל הטיפול במוסדנו מתאריך _____ תאריך סיום טיפול (משוער) _____
بدا تعليمة في تاريخ _____ تاريخ انتهاء العلاج (المتوقع) _____

זקוק לטיפול _____ פעמים בשבוע. מגיע לטיפול _____ פעמים בשבוע. מס' שעות בכל ביקור _____.
يحتاج للعلاج _____ مرات اسبوعيا _____ يصل للعلاج _____ مرات اسبوعيا _____ عدد الساعات بكل زيارة _____.

הילד מגיע למקום הטיפול: ברגל ברכב המשפחה בתחבורה ציבורית בהסעה מאורגנת
يصل الواد الى مكان العلاج _____ مشيا _____ بسيارة العائلة _____ بالمواصلات العامة _____ بسفريات منظمة _____

הילד מגיע למוסד בליווי של: הורה קרוב משפחה אחר, פרט: _____
يصل الولد للمؤسسة برفقة _____ الوالدة/ _____ قريب للعائلة _____ اخر , فصل _____

הערות
ملاحظات

תאריך _____ חותמת המוסד _____ שם החותם _____ חתימת מנהל המוסד _____
التاريخ _____ ختم المؤسسة _____ اسم الموقع _____ توقيع مدير المؤسسة _____

נא לוודא כי מולאו כל הפרטים המופיעים באישור
الرجاء التأكد من تعبئة جميع التفاصيل الواردة في التصريح

עמוד 7 מתוך 13
صفحة 7 من 13

2. פרטים על אישפויים בשנתיים האחרונות (ציין פרטים על האישפוזים הקשורים בליקויים שצינת למעלה וצרף אישורים רפואיים) **تفاصيل عن المكوث في المستشفى خلال العامين الأخيرين** (אذكر تفاصيل عن مكوث في المستشفى له علاقة بالإعاقات التي ذكرتها ورافق التصاريح الطبية)

שם המחלקה, הרופא וכתובת המוסד / בית החולים اسم القسم, الطبيب وعنوان المركز الطبي المستشفى	תקופת האישפוז فترة المكوث	
	עד תאריך حتى تاريخ	מתאריך من تاريخ

3. קופת החולים בה מבוטח הילד
صندوق المرضى المؤمن به الولد

<input type="checkbox"/> מבוטח בביטוח רפואי בזכות הוריו בתקופה _____ כתובת הסניף _____ مؤمن بتأمين طبي مع والديه في الفترة _____ عنوان الفرع _____

4. פרטים על טיפול רפואי בשנתיים האחרונות (צרף אישורים רפואיים) **تفاصيل عن العلاج الطبي خلال العامين الأخيرين** (أرفق وثائق طبية)

סוג הטיפול (הקרנות, כימותרפיה, עירויים, תרופות, פיזיותרפיה, דיאטות וכו') نوع العلاج (اشعاع, كيمائي, بالحقن, أدوية, علاج طبيعي, حمية, وما شابه)	תחילת הטיפול (חודש ושנה) بداية العلاج (الشهر والسنة)	סיום הטיפול (חודש ושנה) نهاية العلاج (الشهر والسنة)	שם המחלקה המטפלת ושם הרופא המטפל اسم القسم المعالج واسم الطبيب المعالج	כתובת המוסד או הרופא הפרטי عنوان المركز الطبي او الطبيب الخاص

9. (ליד עד גיל 6) טיפול התפתחותי (כגון: ריפוי בעיסוק, בדבור, פיזיותרפיה, מורה בית וכו') (צרך אישור)*
 (לולד حتى جيل 6 سنوات) علاج تطور (مثل: علاج وظيفي, علاج النطق, علاج طبيعي, معلم في البيت, الخ) (ارفق تصريحاً)*

(3)	(2)	(1)	סוג הטיפול نوع العلاج מקום הטיפול** مكان العلاج תדירות הטיפול وتيرة العلاج	מקבל טיפול התפתחותי ב- 6 החודשים האחרונים: يتلقى علاج تطور خلال الأشهر الستة الأخيرة: לא <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
-----	-----	-----	---	---

* ראה אישור בגב העמוד הראשון בטופס זה
 ** בטיפול מחוץ לבית - רשום שם המוסד ומענו
 * انظر التصريح في هذا النموذج
 ** عند العلاج خارج البيت - سجل اسم المؤسسة وعنوانها

ה' פרטים אחרים
 هـ. تفاصيل أخرى

פרטים על פגיעה כתוצאה מתאונה ותביעה נגד צד שלישי
 تفاصيل عن إصابة نتيجة حادث ودعوى ضد طرف ثالث

האם נכות הילד נגרמה כתוצאה מתאונה? "תאונה" - תאונת דרכים או אחרת הנגרמת עקב רשלנות הזולת, תקיפה וכדומה هل إعاقة الولد نتيجة حادث؟ "حادث" - حادث طرق او غير ذلك نتيجة إهمال الآخرين, اعتداء وما شابه ذلك לא (עבור לסעיף הבא) <input type="checkbox"/> לא (انتقل للبند التالي) <input type="checkbox"/> כן - השלם הפרטים שלהלן <input type="checkbox"/> نعم - املأ التفاصيل التالية	
סוג התאונה نوع الحادث תאונת דרכים <input type="checkbox"/> אחרת פרט - <input type="checkbox"/> אחר - فصل - <input type="checkbox"/>	תאריך התאונה تاريخ الحادث מקום וכתובת אירוע התאונה مكان وعنوان وقوع الحادث
נסיבות אירוע התאונה ظروف وقوع الحادث	
האם נמסרה הודעה למשטרה هل قدمت بلاغا للشرطة לא <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	
לתחנת המשטרה ב _____ لمركز الشرطة في _____ מס' התיק _____ رقم الملف _____	האם הוגשה / עומדים להגיש תביעה לפיצויי נזיקין هل قدمت او ستقدم دعوى تعويضات عن أضرار לא = 1 <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן = 2 <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
תאריך הגשת התביעה تاريخ تقديم الدعوى מס' טלפון _____ رقم الهاتف _____	הנתבע הוא _____ المدعى عليه هو _____ כתובתו _____ عنوانه _____
עורך הדין המייצג את הילד בתביעה הוא _____ المحامي الذي يترافع عن الولد هو _____ קבלת פיצויים تلقي التعويضات הילד טרם קיבל פיצויי נזיקין لم يحصل الولد على تعويضات הילד קיבל פיצויים בסך _____ حصل الولد على تعويضات بمبلغ _____	
בתאריך _____ بتاريخ _____	מאת _____ من _____ ש"ח _____ شافل _____

אבקש להעביר את הגימלה שתשולם לי בגין תביעה זו לזכות חשבוני:
 אطلب تحويل المخصصات التي ستدفع لي عن هذا الطلب الى حسابي في البنك:

מספר חשבון הבנק _____ בנק _____ סניף _____
 رقم حساب البنك _____ بنك _____ فرع _____

כתובת הסניף _____ החשבון מנוהל על שם _____
 عنوان الفرع _____ يدار الحساب على اسم _____

ז' הצהרת התובע / שותף לחשבון הבנק (חשבון הבנק חייב להיות ע"ש התובע, אפשרי שותף/ים בחשבון)
 ז. تصريح مقدم الطلب/ شريك في حساب البنك (حساب البنك يجب ان يكون على اسم مقدم الطلب, ممكن شريك/شركاء بالحساب)

א. אני החתום מטה תובע גימלה לילד נכה ומצהיר כי כל הפרטים שנמסרו בתביעה ובמסמכים המצורפים לה הינם נכונים.
 אני מתחייב בזה להשתמש בגימלה לטובתו של הילד הנכה בלבד.
 אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי שיחול בפרטים שמסרתי בתביעה זו.
 ידוע לי שאם יוכנס הילד למוסד או יסודר במשפחה אומנת עלי להודיע על-כך מיד למוסד לביטוח לאומי.

ידוע לי כי בהתאם לחוק הביטוח הלאומי אדם גרם במירמה או בידועין למתן גימלה לפי חוק זה, או להגדלתה על-ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לענין, דינו קנס או מאסר שנה אחת.

(יסומן ב-✓ כאשר עובד המוסד ממלא את תופס התביעה) כל הפרטים הרשומים בתביעה הוקראו באוזני ואני מאשר בזה, כי הם תואמים את הפרטים שמסרתי בע"פ לעובד המוסד.

ב. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופה כח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון.
 אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו, את פרטי השותפים לחשבון ומיופה הכח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.
 אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או בחלקו שילם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.
 (סעיף ב' אינו חל על תובע שקצבתו משולמת ישירות לקיבוץ / מושב שיתופי)

א. אנה המועד אדנה אطلب مخصصات لولد معاق وأقر بأن جميع التفاصيل التي قدمت في هذا الطلب والمستندات المرفقة به صحيحة.
 ألتزم بأن اصرف مبلغ المخصصات لصالح الولد المعاق فقط.
 ألتزم بتبليغ مؤسسة التأمين الوطني عن كل تغيير يطرأ على التفاصيل التي قدمتها في هذا الطلب.
 أعرف انه إذا تم إدخال الولد الى مؤسسة او الى عائلة حاضنة يجب علي تبليغ مؤسسة التأمين الوطني بذلك حالاً.

أعرف انه وفقاً لقانون التأمين الوطني الشخص الذي يؤدي بالغش او عن دراية الى منح مخصصات وفقاً لهذا القانون. او الى زيادة المخصصات بواسطة إخفاء معلومات ذات أهمية للأمر. تفرض عليه غرامة مالية او الحكم بالسجن سنة واحدة.

(توضيح إشارة ✓ عندما يملأ نموذج الطلب موظف المؤسسة) جميع التفاصيل المسجلة في الطلب تمت قراءتها امامي واؤكد بذلك انها مطابقة للتفاصيل التي قدمتها لموظف المؤسسة شفهاً.

ب. ألتزم بتبليغ مؤسسة التأمين الوطني عن كل تغيير في هوية الشركاء بحساب البنك و/او المخولين للتصرف بالحساب, والتأكد من توقيعهم على نموذج حثنة الحساب.
 اوافق على ان يقدم البنك لمؤسسة التأمين الوطني حسب طلبها تفاصيل الشركاء في الحساب والمخولين بالتصرف به, من حين لآخر. سواء خلال فترة الاستحقاق او بعدها. اوافق على ان يعيد البنك المذكور اعلاه لمؤسسة التأمين الوطني حسب طلبها مبالغ من حسابي. اذا كانت المؤسسة قد اودعت في الحساب مبلغاً كاملاً او قسماً منه بالخطأ او ليس وفقاً للقانون. وكذلك ان يعطي المؤسسة تفاصيل الذين سحبوا المبالغ.
 (بند ب لا ينطبق على مقدم طلب تدفع مخصصاته الى كيبوتس/بلدة تعاونية مباشرة)

תאריך	חתימת התובע X
التاريخ	توقيع مقدم الطلب
שם	מספר זהות
החתימות שותף בחשבון הבנק לגבי סעיף ב)	
الاسم	رقم هوية
תאריך	חתימה X
אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע:	תوقيع
التاريخ	
שם העד:	מספר זהותו:
اسم الشاهد	رقم هويته
	חתימת העד X
	توقيع الشاهد

חתום גם על שני טופסי ויתור סודיות שבשוליים
 يجب ان توقع ايضاً على نماذج تنازل عن السرية

הפרטים בטופס תביעה זה אומתו :
تم التحقق من التفاصيل في هذا الطلب :

ע"פ ת.ז. של התובע מתאריך _____
ع"פ ת.ז. של ההורה שבה רשום הילד מתאריך _____
حسب هوية مقدم الطلب في تاريخ _____
حسب هوية الوالدة فيها مسجل الولد في تاريخ _____

שם המאמת
اسم الموظف الذي تحقق من التفاصيل

תפקידו
وظيفته

חתימת המאמת
توقيعه



תאריך
تاريخ

סניף
فرع

לכבוד
لحضرة

הח"מ, מספר זהות
الموقع ادناه حامل هوية رقم

אני
انا

אפוטרופוס
وصى

הורה
والد

בעל פנקס חבר מספר
صاحب بطاقة عضوية رقم

אחר
اخر

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלה, מצב רפואי, הטיפול שניתן, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודות:

اطلب بهذا تقديم لمؤسسة التأمين الوطني او المفوض من قبلها أي معلومات بالنسبة للمرض, الوضع الطبي, العلاج المقدم, نتائجه و/او اي معلومات أخرى تطلب من قبلهم و/او اي مستند طبي عن:

מספר זהותו:
رقم هويته

שם הילד:
اسم الولد

חתימה: X
توقيع

הגר בכתובת:
يسكن بعنوان



תאריך
تاريخ

סניף
فرع

לحضرة

הח"מ, מספר זהות
الموقع ادناه حامل هوية رقم

אני
انا

אפוטרופוס
وصى

הורה
والد

בעל פנקס חבר מספר
صاحب بطاقة عضوية رقم

אחר
اخر

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלה, מצב רפואי, הטיפול שניתן, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודות:

اطلب بهذا تقديم لمؤسسة التأمين الوطني او المفوض من قبلها أي معلومات بالنسبة للمرض, الوضع الطبي, العلاج المقدم, نتائجه و/او اي معلومات أخرى تطلب من قبلهم و/او اي مستند طبي عن:

מספר זהותו:
رقم هويته

שם הילד:
اسم الولد

חתימה: X
توقيع

הגר בכתובת:
يسكن بعنوان

