



## גימלה ליד נכה - הנחיות לתובע

- גימלה ליד נכה ניתנת:
- לילדיים בגיל 18-3, אשר כתוצאה מליקוי תלויים בעורת הזולת ביצוע פעולות يوم יום יותר מהרגיל אצל בני גילם.
  - לילדיים מגיל 91 يوم עד גיל 18 הזוקקים בשל ליקוי חמור או מחלת כרונית להשגה מתמדת.
  - לילדיים הסובלים מאחד הליקויים הבאים כמשמעות:
    - תסמונת דאון (מהlidah)
    - עיוכוב התפתחותי חמור (מ-91 يوم עד גיל 3 שנים)
    - רידידה בשמייה (מהlidah)
    - ליקוי ראייה (מגיל 91 يوم)
    - אוטיזם / פסיכון / מצב פסיכיאטרי התנהוגותי  - ילדים הזוקקים בשל מחלת כרונית קשה לטיפול רפואי ממופרט בתקנות (מגיל 91 يوم)
- גימלת ילד נכה ניתן לשולם עד גיל 18.

### בעת הגשת התביעה יש להציג המסמכים הבאים:

1. תעודה זההות של התובע. תעודה זההות של הורי הילד שבתודה רשום הילד 3. תעודה זההות או תלוש הרישום של הילד.
4. מספר חשבון בנק (עובד ושב) המתנהל על שם התובע או על שם אפוטרופסו. יש לצרף מסמך רשמי של הבנק המאשר את פרטי החשבון או המכחאה ריקה עלייה רשום " מבוטל".

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

- משפחה שבה שני ילדים נכדים או יותר - תהיה זכאית לגימלה לידי נכה בשיעור מוגדל בעד כל אחד מהילדים. התוספת לכל ילד תהיה בשיעור של 50% מהשיעור המגיעה.
- משפחה שבה שני ילדים נכדים, מקבלת גימלה לידי נכה בעד ילד אחד בלבד, תהיה זכאית לגימלה בשיעור מוגדל, אם הילד השני אינו זכאי לגימלה מהתביעות הבאות:
1. הוא שוהה במוסד או בסידור אחר מחוץ לבית.
  2. הוא מעל גיל 18, ושולמה בעדו גימלה עד הגעה לגיל 18 שנים.
- נא להקפיד על מילוי סעיף ג', בתביעה לגימלה לידי נכה.

### لتביעה יש לצרף צילומי המסמכים הבאים (אליה ישארו בידי המוסד)

- תעודות רפואיות וסיכון מחלת בשנתיים האחרונות, הכוללים גם פירוט הטיפולים הרפואיים.
- אישור לימים הרצ"ב לאחר שימושו ויוחתמו ע"י מינהלת בית"ס, או גן הילדים.
- ליד עד גיל 6, אישור על טיפול התפתחותי לאחר שימושו ויוחתמו ע"י גורם מוסמך (ראה אישור על גב עמוד זה)

## مخصصات للولد المعاق – تعليمات لمقدم الطلب

تمحning مخصصات للولد المعاق في الحالات التالية :

- للأولاد في سن 18-3, الذين في اعاقات إلإعاقة يعتمدون على الآخرين في تنفيذ المهام اليومية أكثر من المعتاد لدى ابناء جيلهم.
- للأولاد من سن 91 يوماً حتى 18 سنة , الذين في اعاقات إلإعاقة بالغة او مرض دائم يحتاجون رعاية دائمة.
- للأولاد الذين يعانون من الإعاقات التالية وفقاً لمعناها في القانون:
  - متلازمة داون (من الولادة )
  - تأخر كبير في النمو (من 91 يوماً حتى سن ثلات سنوات )
  - هبوط في السمع (من الولادة )
  - ضعف في النظر (من سن 91 يوماً )
  - توحديين(وتيزم) اسخوزاً وضع نفساني ينعكس على التصرف.
- الأولاد الذين يحتاجون في اعاقات 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 ابراز 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(الجارى) الذي على اسم مقدم الطلب او الوصي على الطفل. يجب ارفاق مستند رسمي من البنك يؤكّد تفاصيل الحساب او شيك ملغى.

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. بالإضافة لكل ولد تكون بنسبة 50 % من النسبة المستحقة.  
عائلة لديها ولدان معاقان, وتتفاوت مخصصات لولد معاق عن أحد الوالدين فقط , تستحق مخصصات بنسبة أعلى، ان لم يستحق الولد الثاني مخصصات لأحد للأسباب التالية :

1. يمكن في مؤسسة او في إطار آخر خارج البيت.
2. عمره أكبر من 18 سنة، ودفع له مخصصات حتى بلوغه سن 18 .  
الرجاء التأكد من تعبئة بندج في طلب مخصصات ولد معاق.

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

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

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

הנדון: אישור לימודים  
الموضوع: تصريح تعليم

הרינו מאשרים כי התלמיד שפרטיו מופיעים להלן, לומד באופן קבוע במוסדנו  בתנאי פנים  
נתنا نصرح بهذا ان الطالب صاحب التفاصيل الواردة هنا, يتعلم بشكل دائم في مؤسستنا  
ليس بمدرسة داخلية

שם הילד \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ מס' זהות הילד \_\_\_\_\_  
اسم الاب \_\_\_\_\_ رقم هوية الطالب \_\_\_\_\_  
שם הילד \_\_\_\_\_ اسم الطالب \_\_\_\_\_

כתובת הילד \_\_\_\_\_  
عنوان الولد

שם ביה"ס (הקורס, ההכשרה) וכותבו \_\_\_\_\_  
اسم المدرسة(الدورة, التاهيل ) وعنوانها

תאריך סיום לימודים (משוער) \_\_\_\_\_  
تاريخ انتهاء التعليم ( المتوقع )  
בדا تعليمية في تاريخ

מס' ימי לימוד בשבוע \_\_\_\_\_ מס' שעות לימוד ביום \_\_\_\_\_  
عدد أيام التعليم الأسبوعية عدد ساعات التعليم الأسبوعية

הילד מגיע למקום הלימודים:  ברגל  ברכבת המשפחה  בתחרורה ציבורית  בהשעה מאורגנת  
 يصل הוاد مكان التعليم:  משיה  ברכב המשפחה  במקומות العامة  במסירות העائلة  
بسפרيات منظمة

הילד מגיע לביה"ס:  בלויוי  ללא ליווי  
 يصل הولد לمدرسة مع مرافق بدون مرافق

הערות  
ملاحظات

חותמת מנהל בית הספר  
توقيع مدير المدرسة

שם החותם  
اسم الموقّع

חותמת בית הספר  
ختم المدرسة

תאריך  
التاريخ

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



## הנחיות למילוי טופס התביעה تعليمات לتعبئةنموذجطلب

בעת מילוי טופס התביעה יש להזכיר על מילוי כל הפרטים. בשאלות שהתשובה להן היא שלילית ולא יועד בהן מקום לציין "לא" יש להזכיר כן. במקומות שמצוות משבצות קטנות □ יש לסמן ✓ במשבצת שצד התשובה המתאימה. שטחים על רקע כהה מיועדים לשימוש המוסך ואין לכתוב בהם.

عند תعبئة נموذג הطلب يجبتأكد מעתبة جميع التفاصיל. האسئلة التي أجابت להן סلبית ولم يوجد فيها مكان לנקה "לא", يجب وضع خط. האماكن التي תופיע فيها מרבעות صغيرة □ يجب الإشارة בإشارة ✓ במשבצת שצד התשובה המתאימה. المساحات التي עלخلفية غامقة מועד לאستعمال المؤסسة ו يجب عدم الكتابة בداخلها.

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

**تسجيل ارقام الهوية**  
يجب تسجيل ارقام الهوية في جميع المرבעات الثمانية المعدة لذلك. عندما يتكون رقم الهوية من أقل من ثمانى منازل يجب تسجيل "0" ( واحد او أكثر - حسبما يقتضي الأمر ) في الجانب الأيسر.

رء

מספר זהות	رقم الهوية	ס"ב האضافي
0   0   0   5   3   9   7   6		

2) מספר זהות 53976  
يرسم :  
رقم هوية 53976  
يكتب :

מספר זהות	رقم الهوية	ס"ב האضافي
4   8   3   7   9   1   2   2		

**דוגמאות :**  
1) מספר זהות 48379122  
يرسم :  
امثلة رقم هوية 48379122  
يكتب :

תאריך עליה לישראל	תאריך	חודש	יום	سنة	سنة
2   7	1	2	9	7	

2) 27 בדצמבר 1997 יירשם :  
27 كانون أول 1997 يكتب :

תאריך לידה	תאריךميلاد	חודש	يوم	سنة	سنة
0   3	0   4	9	7		

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

**لتשומת-לב :** ציון השנה הוא על-ידי 2 ספרות אחרונות בלבד.  
אם التاريخ המלא אינו ידוע, נא לציין השנה בלבד, והמקום המזוהה לחודש וליום יש להشير ריק.

**نحيط انتباهم:** 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 : مؤسسة التأمين الوطني , فرع

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

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

שם האב \_\_\_\_\_ שם הילד \_\_\_\_\_  
اسم الاب \_\_\_\_\_ رقم هوية الطالب \_\_\_\_\_  
כתובת הילד \_\_\_\_\_  
عنوان الولد \_\_\_\_\_

שם המוסד המטפל וכ כתובתו \_\_\_\_\_  
اسم المؤسسة المعالجة وعنوانها \_\_\_\_\_  
מספר טלפונ \_\_\_\_\_  
رقم الهاتف \_\_\_\_\_

תאריך סיום טיפול (משוער) \_\_\_\_\_  
تاريخ انتهاء العلاج (المتوقع) \_\_\_\_\_  
החל הטיפול במוסדנו מתאריך \_\_\_\_\_  
بدا تعليمية في تاريخ \_\_\_\_\_

זיהוי לטיפול \_\_\_\_\_  
يحتاج للعلاج \_\_\_\_\_  
פעמים בשבוע. מס' שעות בכל ביקור \_\_\_\_\_  
رات أسبوعيا عدد الساعات بكل زيارة \_\_\_\_\_

הילד מגיע למקומות טיפול:  בברכת המשפחה  ברגל  
 בבחורה ציבורית  במשيا  
במוסדות العامة  בסירה העائلת  משלيا  
بسפרيات منظمة \_\_\_\_\_  
 يصل הוاد الى مكان العلاج \_\_\_\_\_

הילד מגיע למוסד בלויו של:  הורה  קרוב משפחה  
 אחר, פרט: \_\_\_\_\_  
قريب للعائلة \_\_\_\_\_  
 يصل הילד למוסד בرفقة \_\_\_\_\_  
 يصل הילד למוסד בرفقة \_\_\_\_\_

العراوات \_\_\_\_\_  
ملاحظات \_\_\_\_\_

חותמת מנהל המוסד  
توقيع مدير المؤسسة

שם החתום  
اسم الموقع

חותמת המוסד  
ختם المؤسسة

תאריך  
التاريخ

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



המוסד לביטוח לאומי

ביטוח נכונות

مؤسسة التامين

חותמת הסניף ותאריך קבלת  
ختم الفرع وتاريخ الاستلام

**تبיעת גימלה לילד נכה**  
על פי פרק ט' לחוק הביטוח הלאומי  
**طلب מخصصות לויד מעاق**  
حسب الفقرת ט' מ-**قانون התامין הלאומי**

המוסד לביטוח לאומי  
ביטוח נסיבות  
مؤسسة التامين الوطني  
تامين العجز

התביעה תוגש על ידי הורה שהילד גור עמו, או אופטראופסו, או מי שמחזק אותו למשעה. מלא בדיקנות את כל הפרטים שבטופס. לשם כך קרא בעיון את ההוראות בעמוד הפתיחה פרטיטים המופיעים על רקע כמה מיעדים לשימוש המוסד לביטוח לאומי.

**نافت انتباهمك!**  
يجب ان يقدم الداعوى ولی امر يسكن معه الولد، او الوصى عليه، او من يعتني به فعلياً.  
إملاً بدقة جميع التفاصيل التي في النموذج لذلك إقرأ بتمعن التعليمات في الصفحة الثانية.  
التفاصيل التي تظهر على الخلفية الغامقة معدة لاستخدام مؤسسة التأمين الوطني.

מספר זהות של הילד  
رقم هوية الولد

א' פרטי הילד

שם המשפחה	שם פרטי	כתובת בית	מספר הבית	שם הרחוב	שם העיר
אלון	טל	רחוב הרצל 12, תל אביב	12	רחוב הרצל	תל אביב

<b>מספר טלפון</b> <b>رقم الهاتف</b>	<b>תא דואר</b> <b>ص.ب.</b>	<input type="checkbox"/> לא لا	<input type="checkbox"/> כן نعم	<b> קיבל הלוואה עומדת</b> <b>حصل على قرض</b>
		<input type="checkbox"/> לא لا	<input type="checkbox"/> כן نعم	<b> קיבל קיבצת ניירות</b> <b>يقتاضي مخصصات التقل</b>
		<input type="checkbox"/> לא لا	<input type="checkbox"/> כן نعم	<b> הוגשה תביעה לגימלט ניירות</b> <b>قدم طلب لمخصصات تنقل</b>
<b>0</b>				<b>גימלט ניירות</b> <b>مخصصات</b> <b>محודدية التقل</b>

**ב' פרט תובע הגימלה שעמו גר הילד (או אפוטרופוסו)**

שם משפחה שם העائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية	יחס קרוביה לילד القريبي للولد	אחר = 9      4 = والد أخ / أخت اخ / بـ جد / جدة سبـ / سـبـتوـا
פרט : آخر				5 = 6 =

<b>תאריך עלייה</b> <b>تاريخ القوم للبلاد</b>  <b>יום</b> <b>חודש</b> <b>سنة</b> <b>الشهر</b> <b>السنة</b> <b>اليوم</b> <b>الشهر</b> <b>السنة</b>	<b>אם הותבעו אינו חורף, האם הוא אפוטרופוס חוקי</b> <b>اذا كان مقدم الطلب ليس والدا, هل هو وصي قانوني</b>  <input checked="" type="checkbox"/> <b>כן</b> <b>نعم</b> <input type="checkbox"/> <b>לא</b> <b>لا</b>
--	---

**مع العائلة**  **مع الولد**

**آخر، فصل: اسم البلدة الشارع رقم البيت ورقم المنطقة**

**עמוד 7 מתוך 13**  
**صفحة 7 من 13**

**2. פרטיים על אישפויים בשנתיים האחרונים (ציין פרטיים על האישפויים הקשורים ליקויים שציינית למקרה וצרף אישורים רפואיים)**  
تفاصيل عن المكوث في المستشفى خلال العامين الأخيرين (أذكر تفاصيل عن مكوث في المستشفى له علاقة بالإعاقات التي ذكرتها وارفق التصاريح الطبية)

שם המחלקה, הרופא וכותבת המוסד / בית החולים اسم القسم، الطبيب وعنوان المركز الطبي المستشفى	תקופת האשפוז فتره المكوث	
	עד تاريخ حتى تاريخ	מ تاريخ من تاريخ

**3. קופת החולים בה מבוטה הילד**  
**صندوق المرضى المؤمن به الولد**

<input checked="" type="checkbox"/> מבוטח בביטוח רפואי בזכותו הוריו בתקופה مؤمن بتأمين طبي مع والديه في الفترة	כתובת הסנייר عنوان الفرع
---	-----------------------------

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

כתובת המוסד או הרופא הפרט عنوان المركز الطبي او الطبيب الخاص	שם המחלקה המטפל ושם הרופא המטפל اسم القسم المعالج واسم الطبيب المعالج	סיום הטיפול (חודש וسنة) نهاية العلاج (الشهر والسنة)	התחלה של הטיפול (חודש וسنة) بداية العلاج (الشهر والسنة)	סוג הטיפול (הקרנות, כימותרפיה, עירויים, ترופות, فיזיותרפיה, דיאטות וכו') نوع العلاج (شعاع, كيماوي, بالحقن, دوائية, علاج طبيعي, حمية, وما شابه)

**עמוד 8 מתוך 13**  
**صفحة 8 من 13**

**6. שימוש בעזרים עקב הלקויים  
الاستعانة بمعدات بسبب الإعاقة**

متאריך من تاريخ	כן نعم	לא	האם הילד使用权 בעזרים ✓ סמן ✓ וفصل هل يستعين الولد بمعدات أشرب ✓
			כסא גלגלים كرسي عجلات
			הליכון, קבאים, מקל جهاز المشي، كبار، مكالم
			פרוטזה לאיבר أعضاء اصطناعية
			מקשיר שמיעה جهاز سمع
			אחר - פרט: آخر - فصل:

**5. תלות הילד בעזרות החיצונית (סעיף זה ימולא לילדיים בני 5 ומעלה)  
ارتباط الولد بمساعدة الآخرين (يجب هذا القسم للأولاد من الخامسة وفوق)**

האם הילד מסוגל هل يستطيع الولد	סמן ✓ ופרט asher ✓ وفصل	מי עוזר לו من يساعد	כן نعم	לא لا
לאכול בעצמו أن يأكل بمفرده				
להתלבש בעצמו أن يلبس بمفرده				
להתרחץ בעצמו أن يتسمم بمفرده				
להסתדר בשירותים בעצמו (NEYKION AISSI) يتدير أمره في المرحاض بمفرده (نظافة شخصية)				

**7. ידו מוסדי  
مسكن في مؤسسة**

האם הילד שוהה עכשווי או שהוא בעבר במוסד / במשפחה אומנתית? هل يمكث الولد حالياً أو مكاث في الماضي في مؤسسة / عائلة حاضنة؟				
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> במוסד	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> בمؤسسة
_____ عائلة حاضنة				
הכתובת العنوان				
<input type="checkbox"/> עדין שוהה ما زال موجوداً	<input type="checkbox"/>	עד תאריך حتى تاريخ	shawha / shaha matarikh يمكث) مكث من تاريخ	

**8. לימודים (של הילד) (צרף אישור - ראה עמוד ראשון בטופס זה)  
التعليم (بالنسبة للولد) (ارفق تصريحاً - انظر الصفحة الأولى في هذا النموذج)**

שם גן הילדים / בית הספר וכתוותו / מסגרת חלופית: اسم الروضة / المدرسة وعنوانها / إطار آخر بدلاً :		<input type="checkbox"/> אינו לומד لا يتعلم  <input type="checkbox"/> בגן روضة	
עד שעה حتى الساعة	משעה من الساعة	מספר שעות לימוד يوم	מספרימי לימוד בשבוע عدد أيام التعليم الأسبوعية
الלימודים מתקיים يجري التعليم		<input type="checkbox"/> לומד يتعلم  <input type="checkbox"/> בבית ספר مدرسة  <input type="checkbox"/> אחר آخر	

**עמוד 9 מתוך 13**  
**صفحة 9 من 13**

9. (לילד עד גיל 6) טיפול התפתחותי (כגון: ריפוי בעיסוק, בדבור, פיזיותרפיה, מורה בית וכו') (צרף אישור)\*  
(לولد حتى גיל 6 سنوات)علاجتطور (مثل: علاج وظيفي, علاج النطق, علاج طبيعي, معلم في البيت, الخ) (ارفق تصريحًا)\*

(3)	(2)	(1)	סוג הטיפול نوع العلاج مكان التأمين** مکوم التیفول مكان العلاج تذكرة التأمين وتبيرة العلاج	מקבל טיפול התפתחותי - 6 الخصوصيات الأخرى : يتلقى علاج تطور خلال الأشهر الستة الأخيرة : <input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم
-----	-----	-----	---	---

\* בטיפול מחוץ לבית - רשום שם המוסד ו العنوان

\*\* عند العلاج خارج البيت - سجل اسم المؤسسة وعنوانها

\* ראה אישור לגבי העמוד הראשון בטופס זה

\* انظر التصريح في هذا النموذج

**ה' פרטיים אחרים**

**ה. تفاصيل أخرى**

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

האם נוכחות הילד נגרמה כתוצאה מתאונה? "תאונה" - תאונות דרכים או אחרית הנגרמות עקב רשלנות הזולות, תקיפה וכדומה هل إعاقبة الولد نتيجة حادث؟ "حادث" - حادث طريق أو غير ذلك نتيجة إهمال الآخرين، اعتداء وما شابه ذلك		<input type="checkbox"/> כן - השלם הפרטים שלhalb نعم - املأ التفاصيل التالية <input type="checkbox"/> לא (העבר לסעיף הבא) لا (انقل للبند التالي)
תאריך התאונה تاريخ الحادث	סוג התאונה نوع الحادث	
	<input type="checkbox"/> אחרת פרט - آخر - فصل - <input type="checkbox"/> תאונות דרכים حادث سير	
מקום וכתובת אירוע התאונה مكان وعنوان وقوع الحادث		
נסיבות אירוע התאונה ظروف وقوع الحادث		
האם נמסרה הودעה למשטרה هل قدمت بلاغاً للشرطة		
מספר התיק رقم الملف	<input type="checkbox"/> כן - לתחנת המשטרה בـ نعم - مركز الشرطة في	
האם הוגשה / עומדים להגיש תביעה לפיצויי נזקין هل قدمت او ستقدم دعوى تعويضات عن أضرار		
תאריך הגשת התביעה تاريخ تقديم الدعوى	<input type="checkbox"/> כן = 2 نعم	
שם المحامي الذي يترافع عن الولد هو عنوانه	שם المحامي الذي يترافع عن الولد هو عنوانه	
קבלת פיצויים تلقي التعويضات		
<input type="checkbox"/> הילד טעם קיבל פיצויי נזקין لم يحصل الولد على تعويضات		
بيان تاريخ بيان تاريخ	<input type="checkbox"/> הילד קיבל פיצויים בסך حصل الولد على تعويضات بمبلغ	

אבקש להעביר את הגימלה שתשלום לי בגין תביעה זו לזכות חשבוני:  
اطلبتحويل المخصصات التي تستدعي لي عن هذا الطلب الى حسابي في البنك:

מספר חשבון הבנק	שם	בנק
فرع		بنك
כתובת הסניף	عنوان الفرع	
החשבון מנוהל על שם	دار الحساب على اسم	

ז. **تصريح مقם الطلب / شותף לחשבון הבנק** (חשבון הבנק חייב להיות ע"ש התובע, אפשמי שותף/ים בחשבונו)  
( حساب البنك يجب ان يكون على اسم مقدم الطلب, ممکن شريك اشراك بالحساب)

א. אני החתום מטה תובע ליד נכה ומצהיר כי כל הפרטים שנמסרו בתביעה ובמפורטים המצורפים לה הינם נכונים.  
אני מתחייב בזה לשימוש בगימלה לטובתו של הילד הנכח בלבד.  
אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי שחול בפרטיהם שמסרתי בתביעה זו.  
ידעו לי שאם יוכנס הילד למוסד או יסודר במשפחה אומנת עלי להודיע על-כך מיד למוסד לביטוח לאומי.  
ידעו לי כי בהתאם לחוק הביטוח הלאומי אדם גרם במירמה או ביודעין למיתן גימלה לפי חוק זה, או להגדלתה על-ידי העلمת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס או מאסר שנה אחר.

(יסומן ב-✓ כאשר עוזב המוסד מלא את טופס התביעה) כל הפרטים הרשומים בתביעה והוקראו באזני 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, וולדאו להחותים על טופס עדכון חשבונו.  
אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומיypi בקשרו, את פרטי השותפים לחשבון ומיופה הכת, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.  
אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומיypi דרישתו סכומים מותוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולל או בחלוקת שלים בעלות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושבי התשלומים.  
(סעיף ב' אינו חל על תובע שקבעו משולמות ישירות לكيיז / מושב שיתופי)

أ. أنا الموقع أدناه أطلب مخصصات لولد معاق وأقر بأن جميع التفاصيل التي قدمت في هذا الطلب والمستندات المرفقة به صحيحة.  
ألتزم بأن أصرف مبلغ المخصصات لصالح الولد المعاق فقط.  
ألتزم بتبلغ مؤسسة التأمين الوطني عن كل تغيير يطرأ على التفاصيل التي قدمتها في هذا الطلب.  
أعرف أنه إذا تم إدخال الولد إلى مؤسسة أو إلى عائلة حاضنة يجب علي تبلغ مؤسسة التأمين الوطني بذلك حالاً.

أعرف انهوفقاً لقانون التأمين الوطني الشخص الذي يؤدي بالعش 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 قرائتها أمامي ואؤكد بذلك أنها مطابقة للتفاصيل التي قدمتها لموظف المؤسسة شفهيًّا.  
ب. ألتزم بتبلغ مؤسسة التأمين الوطني عن كل تغيير في هوية الشركاء بحساب البنك او المخولين للتصرف بالحساب, والتتأكد من توقيعهم على نموذج حتلة الحساب.  
اوافق على ان يقم البنك لمؤسسة التأمين الوطني حسب طلتها تفاصيل الشركاء في الحساب والمخولين بالتصرف به, من حين لآخر, سواء خلال فترة الاستحقاق او بعدها. اوافق على ان يعيد البنك المنكر اعلاه لمؤسسة التأمين الوطني حسب طلتها بمبلغ من حسابي, اذا كانت المؤسسة قد اودعت في الحساب مبلغًا كاملا او قسمًا منه بالخطأ او ليس وفقاً للقانون, وكذلك ان يعطي المؤسسة تفاصيل الذين سحبوا المبالغ.  
( Benson B لا ينطبق على مقام طلب تدفع مخصصاته الى كيبيتس بلدة تعاؤنية مباشرة )

חתימת התובע X	תאריך	
توقيع מقدم الطلب	التاريخ	
מספר זהות	שם	(התזכירות שותף לחשבון הבנק לגבי סעיף ב)
رقم هوية	الاسم	
חתימה X	תאריך	(تعهد شريك في الحساب بالنسبة لبند ب )
توقيع	التاريخ	אם התביעה נחתמה בחתימות אצבעا :

اذا تم التوقيع على الطلب بصمة الاصبع :

שם העוד X	מספר זהותו:	
توقيع الشاهد	رقم هويته	اسم الشاهد

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

**עמוץ 11 מתוך 13**  
**صفحة 1 من 13**

**לשימוש המוסד לביטוח לאומי**  
**לאستعمال مؤسسة التأمين الوطني**

הפרטים בטופס תביעה זה אומתו :  
 تمتحقق מהתובע מותאריך :

ע"פ ת.ז. של ההורה שבה רשום הילד מותאריך  
حسب הويةوالدة فيها مسجلولدفي تاريخ

ע"פ ת.ז. של המודגש מותאריך  
حسب הوية مقם 请求 في تاريخ

חתימת המאמהת  
توقيعه

תפקידו  
وظيفته

שם המאמהת  
اسم الموظف الذيتحقق מהתובע



עמ"ז 12 מטו"ז 13  
صفحة 12 من 13

תאריך  
تاريخ

סני/  
فرع

לכבוד  
لحضرة

אני  
انا

בעל פנקס חבר מס' \_\_\_\_\_  
صاحب بطاقة عضوية رقم \_\_\_\_\_

הח"מ, מס' זהות \_\_\_\_\_  
الموقع أدناه حامل هوية رقم \_\_\_\_\_  
יחס קרבה לר'מ:  הורה  אפוטרופוס  
وصى  
 אחר  
آخر

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

اطلب بهذا تقديم لمؤسسة التأمين الوطني او المفوض من قبلها أي معلومات بالنسبة للمرض, الوضع الطبي, العلاج المقטם, نتائجه واو اي معلومات أخرى تطلب من قبليهم واو اي مستند طبي عن:

מספר זהותו:  
رقم هويته

שם הילד:  
اسم الولد

X חתימה:  
توقيع

הגר בכתב:  
يسكن بعنوان



תאריך  
تاريخ

סני/  
فرع

لحضرة

אני  
انا

בעל פנקס חבר מס' \_\_\_\_\_  
صاحب بطاقة عضوية رقم \_\_\_\_\_

הח"מ, מס' זהות \_\_\_\_\_  
الموقع أدناه حامل هوية رقم \_\_\_\_\_  
יחס קרבה לר'מ:  הורה  אפוטרופוס  
وصى  
 אחר  
آخر

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

اطلب بهذا تقديم لمؤسسة التأمين الوطني او المفوض من قبلها أي معلومات بالنسبة للمرض, الوضع الطبي, العلاج المقטם, نتائجه واو اي معلومات أخرى تطلب من قبليهم واو اي مستند طبي عن:

מספר זהותו:  
رقم هويته

שם הילד:  
اسم الولد

X חתימה:  
توقيع

הגר בכתב:  
يسكن بعنوان



--	--	--	--	--	--	--	--

מספר תיק במוסד  
رقم الملف بالمؤسسة

סני/  
فرع

לכבוד  
لحضره

נכבדי,

### אישור קבלת תביעה לكيצתתILD נכה

הריני לאשר בזאת שקיבלנו את תביעתך לגימלתILD נכה.

הנני להביא לדעתך כי הטיפול בתביעה הוא מרכיב ומושך ואנו מבקשים שיתורף פעולה מצדך.  
لتשומת לך - עלייך להודיענו מיד ובכתב על שינוי שייחול לגבי הפרטים שמסרת עליהם בטופס התביעה.

### تاكيد استلام طلب مخصصات ولد معاق

أؤكد بذلك أننا تلقينا طلبك لمخصصات ولد معاق.

أعلمك أن العناية بالطلب معقدة وطويلة ونطلب التعاون من قبلك.

نفت انتباحك - يجب عليك تبليغنا فوراً وخطياً عن كل تغيير يطرأ على التفاصيل التي قدمتها في نموذج الطلب.

חותמת הסני/  
ختم الفرع