



המוסד לביטוח לאומי

מנהל הגמלאות
אגף גמלאות נכות
מؤسسة التأمين الوطني
إدارة المعاشات
قسم معاشات العجز

□ תביעה לקיצבת שירותים מיוחדים למקבלי קיצבת נכות
دعوى لمخصصات خدمات خاصة لمتلقي مخصصات عجز
□ תביעה לגמלה מיוחדת לעולה
دعوى لمعاش خاص لعادم

חותמת הסניף ותאריך
קבלה
ختم الفرع وتاريخ
الاستلام

לתשומת לב!
نحيط انتباهكم!

קיצבת שירותים מיוחדים ניתנת לנכה בוגר אם נקבעה לו נכות רפואית בשיעור 60% לפחות והוא מקבל קיצבת נכות, ואם לשם ביצוע פעולות יום יום (כגון אכילה, רחצה, שליטה על ההפרשות) הוא תלוי בעזרת הזולת במידה רבה וברוב שעות היממה. מי שמקבל הטבות בניידות יהיה זכאי לקיצבה לשירותים מיוחדים בנוסף להטבות בניידות אם ועדה רפואית במשרד הבריאות קבעה לו מוגבלות בניידות בשיעור של 100% או נקבעה על-ידי אותה ועדה שהוא זקוק לכסא גלגלים ומשתמש בו, או נקבעה לו זכאות לקיצבת שירותים מיוחדים בשיעור של 100%. תנאים נוספים לקבלת קיצבת לשירותים מיוחדים ראה בחוברת הסברה של המוסד ובתקנות. מלא בדיוקנות את הטופס. לשאלה שאין לך תשובה עליה העבר קו. היכן שמופיעות משבצות קטנות □ סמן ✓ לצד התשובה המתאימה.

פרטים על רקע כזה מיועדים לשימוש המוסד לביטוח לאומי. תימך מخصصות החדמות החדמות למעק באלג החדמות לה עعقة طيبية بنسبة 60% على الأقل ويتلقى مخصصات إعاقه, وإذا كان معتمداً على مساعدة الغير لتنفيذ الأعمال اليومية (مثل تناول الطعام, الاستحمام, السيطرة على الإفرازات) بشكل كبير وفي غالبية ساعات اليوم. الشخص الذي يتلقى امتيازات في محدودية التنقل يستحق مخصصات خدمات خاصة بالإضافة إلى امتيازات محدودية التنقل إذا حددت له لجنة طبية تابعة لوزارة الصحة محدودية في التنقل بنسبة 100% أو ان نفس اللجنة حددت أنه يحتاج كرسيًا متحركًا ويستخدمه أو حدد له استحقاق لمخصصات خدمات خاصة بنسبة 100%. لمعرفة الشروط الأخرى لتلقي مخصصات لخدمات خاصة اقرأ كراس الشرح التابع لمؤسسة التأمين الوطني والأنظمة. إملأ النموذج بدقة. السؤال الذي لا تمتلك إجابة عليه أرسم عليه خطًا. حيثما توجد مربعات صغيرة □ ضع إشارة ✓ إلى جانب الإجابة الملائمة. التفاصيل على الخلفية العامة معدة لإستعمال مؤسسة التأمين الوطني.

על התובע לצרף לתביעה אישורים רפואיים עדכניים על מצבו הרפואי!
على المدعي ارفاق التقارير الطبية المحتملة حول وضعه الطبي مع الطلب!

א. פרטי התובע
أ. تفاصيل المدعي

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	תאריך לידה تاريخ الميلاد:	מספר זהות رقم الهوية	שנה ב ישראל مقيم في البلاد
				כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

מצב משפחתי الوضع العائلي	מתאריך من تاريخ	גר במשק הבית עם: يسكن في البيت مع:
<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> أعزب/عزباء <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> متزوج/ه <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> مفصل/ة <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> مطلق/ه	<input type="checkbox"/> בן זוג <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> والدة	<input type="checkbox"/> ילד/ים מתחת לגיל 18 <input type="checkbox"/> ولد/أولاد تحت جيل 18 <input type="checkbox"/> ילד/ים מעל לגיל 18 <input type="checkbox"/> ولد/أولاد فوق جيل 18

כתובת מגורים عنوان السكن	רחוב شارع	מספר בית رقم البيت	כניסה مدخل	דירה شقة	יישוב البلدة	מיקוד ميكود
-----------------------------	--------------	-----------------------	---------------	-------------	-----------------	----------------

אצל عند	מספר טלפון رقم الهاتف	מספר טלפון נייד رقم هاتف خليوي
------------	--------------------------	-----------------------------------

האם אתה מקבל מהמוסד לביטוח לאומי? هل تتلقى من مؤسسة التأمين الوطني?	האם קבלת הלוואה עומדת לרכישת רכב ואו הגשת במשך השנה האחרונה תביעה לקיצבת הלוואה על קרז מוגל לשרא מרכיב ואו קדמת ללל السنة الأخرية دعوى لمخصصات	האם אתה שוהה עכשנ או שהנית בשנה החולפת במוסד هل تمكث حالياً أو مكثت خلال السنة الماضية في مؤسسة
קיצבת נכות تأمين عجز	ניידות או להלוואה עומדת تنقل أو قرض مוגل	כן, שם המוסד نعم, اسم المؤسسة
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

ב. פרטים על תלות בזולת ופרטים אחרים
 ب. تفاصيل عن الإعتماد على الآخرين وتفاصيل أخرى

1. פרט פעולות יום - יום (כגון אכילה, רחצה, נקיון אישי וכד') שלבצעו אתה תלוי בעזרת אחרים
 فصل النشاطات اليومية (مثل تناول الطعام, الاستحمام, النظافة الشخصية وما شابه) التي تحتاج إلى مساعدة الآخرين لتنفيذها

2. ציין במי אתה נעזר בבצוע הפעולות הנ"ל (בן משפחה, עזרה בתשלום וכד'): _____
 اذكر من الذي يساعدك في تنفيذ العمليات المذكورة أعلاه (أحد أفراد العائلة, مساعدة مقابل دفع وما شابه)

3. פרט אביזרי העזר בהם הינך משתמש (כסא גלגלים, קטטר וכד'): _____
 اذكر الأجهزة المساعدة التي تستعملها (كرسي متحرك, جهاز للتبول وما شابه)

4. הגורמים שטיפלו בך בשנה החולפת (סמן ✓): קופת חולים (ציין שם הקופה) סנדוק המרצ (אזכר את שם הסנדוק)
 الجهات التي اعتنت بك في السنة الماضية (ضع إشارة ✓): הלשכה לשרותים חברתיים (סעד): לשכת הבריאות
 دائرة الخدمات الاجتماعية (ساعد) دائرة الصحة
 התחנה לבריאות הנפש مركز العلاج النفسي

5. ציין תקופות אישפוז בשנה החולפת: _____
 اذكر فترة المكوث في المستشفى خلال السنة الماضية: _____
 מתאריך _____ עד תאריך _____
 من تاريخ _____ حتى تاريخ _____
 שם בית - חולים / מוסד _____
 اسم المستشفى / المركز
 לא אושפזתי لم أمكث في المستشفى

ג. פרטים על תביעה לפיצויי נזיקין מצד שלישי
 ج. تفاصيل عن دعوى طلب تعويضات اضرار من طرف ثالث

אם נכותך נגרמה כתוצאה מתאונה? ("תאונה" - תאונת דרכים או אחרת הנגרמת עקב רשלנות הזולת, תקיפה וכדומה)
 هل عجزك بسبب حادث؟ ("حادث" حادث طرق أو حادث آخر سببه إهمال من قبل الغير أو اعتداء وما شابه)

1. לא (עבור לסעיף הבא) כן - השלם הפרטים שלהן
 لا (انتقل إلى البند التالي) نعم - أكمل التفاصيل التالية

מקום אירוע התאונה מکان وقوع الحادث	תאריך התאונה تاريخ الحادث	2. <input type="checkbox"/> תאונת דרכים حادث طرق	3. <input type="checkbox"/> תאונה אחרת حادث آخر
---------------------------------------	------------------------------	---	--

האם נמסרה הודעה למשטרה
 هل تم إبلاغ الشرطة

לא כן, לתחנת המשטרה ב- _____
 لا نعم, لمحطة الشرطة في _____
 מספר תיק _____
 رقم الملف _____

האם הגשת או הינך עומד להגיש תביעה לפיצויי נזיקין
 هل قدمت أو أنك تنوي تقديم دعوى طلب تعويضات اضرار

לא כן, הנתבע הוא _____
 لا نعم, المدعى عليه _____
 תאריך הגשת התביעה _____
 تاريخ تقديم الدعوى _____

שם עורך הדין המייצג אותך בתביעה
 اسم المحامي الذي يمثلك في الدعوى

מענו _____ מס' טלפון _____
 عنوانه _____ رقم الهاتف _____

האם קיבלת פיצויי נזיקין בגין התאונה
 هل تلقيت تعويضات اضرار عن الحادث

טרם קיבלתי קיבלתי פיצויים מ- _____
 لم أتلق بعد _____ حصلت على تعويضات من- _____
 בתאריך _____
 بتاريخ _____

חתום גם על שלושה טפסי ויתור סודיות
 وقع أيضاً على ثلاثة نماذج تنازل عن السرية



המוסד לביטוח לאומי

סניף
 فرع

תאריך
 التاريخ

לכבוד
 حضرة

אני
 انا

הח"מ, מס' זהות
 الموقع أدناه, رقم هوية

שם האב
 اسم الأب

בעל פנקס חבר מספר
 صاحب بطاقة عضوية رقم

הגר ב-
 اسكن في-

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. אדם למؤسسة التأمين الوطني أو المخول من قبلها كل المعلومات المتعلقة بمرضِي. وضعِي الطبي, والعلاج المقدم لي. نتائجه و/أو أي معلومات أخرى تطلب مني و \ او أي مستند طبي عني.

X

التوقيع



המוסד לביטוח לאומי

סניף
 فرع

תאריך
 التاريخ

לכבוד
 حضرة

אני
 انا

הח"מ, מס' זהות
 الموقع أدناه, رقم هوية

שם האב
 اسم الأب

בעל פנקס חבר מספר
 صاحب بطاقة عضوية رقم

הגר ב-
 اسكن في-

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. אדם למؤسسة التأمين الوطني أو المخول من قبلها كل المعلومات المتعلقة بمرضِي. وضعِي الطبي, والعلاج المقدم لي. نتائجه و/أو أي معلومات أخرى تطلب مني و \ او أي مستند طبي عني.

X

التوقيع



המוסד לביטוח לאומי
 ביטוח נכות
 תאמין עجز

סניף
 فرع

לכבוד
 حضرة

מספר תיק במוסד
 رقم الملف

קידומת ב"ל מעטمة	גימלה סיב	מספר זהות رقم الهوية

אישור קבלת תביעה לקיצבת שרותים מיוחדים

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.

בכבוד רב,
 פקיד תביעות

תאקיד استلام دعوى لمخصصات خدمات خاصة

נؤكد أننا تلقينا طلبك لتقاضى مخصصات خدمات خاصة. نعلمك أن العناية بالطلب معقدة وتستغرق وقتاً طويلاً ونطلب منك التعاون معنا. نلفت انتباهك, يجب عليك إبلاغنا فوراً وخطياً عن أي تغيير يطرأ على التفاصيل التي سجلتها في نموذج الدعوى.

باحترام
 الموظف المسؤول عن
 الدعوى

תאריך
 التاريخ



המוסד לביטוח לאומי

סניף
 فرع

תאריך
 التاريخ

לכבוד
 حضرة

אני
 انا

הח"מ, מס' זהות
 الموقع أدناه, رقم هوية

שם האב
 اسم الأب

בעל פנקס חבר מספר
 صاحب بطاقة عضوية رقم

הגר ב-
 اسكن في-

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. אדם למؤسسة التأمين الوطني أو المخول من قبلها كل المعلومات المتعلقة بمرضِي. وضعِي الطبي, والعلاج المقدم لي. نتائجه و/أو أي معلومات أخرى تطلب مني و \ او أي مستند طبي عني.

X

التوقيع