



המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות
אגף גמלאות נכות
مؤسسة التأمين الوطني
إدارة المخصصات
قسم مخصصات العجز

מס' זהות / رقم الهوية									
סוג									
01		המסמך		דפים		01		נוע המסמך	

תביעה לפיצוי ע"פ חוק פיצוי לנפגעי פוליו, התשס"ז - 2007

طلب للتعويض وفقاً لقانون تعويض مصابي شلل الأطفال - يوليو - 2007

על פי החוק זכאי לפיצוי נפגע פוליו שהוא :

☐ תושב ישראל היום וכל עוד הוא תושב ישראל

☐ חלה בישראל מאז הקמת המדינה (החל מ- 14.5.48)

הפיצוי ינתן למי שנקבעו לו בגלל מחלת הפוליו אחוזי נכות רפואית / או אחוזי מוגבלות בניידות.

הפיצוי כולל :

1. פיצוי חד פעמי בהתאם לאחוזי הנכות הרפואית.

2. מענק או קצבה בהתאם לאחוזי הנכות הרפואית.

תחילתו של חוק זה היא מה - 1.1.07.

לצורך הטיפול בתביעה, יבחנו הנתונים המצויים במוסד. אם יש ברשותך מסמכים עדכניים (שלא הועברו לביטוח הלאומי) אנא צרף לטופס.

במידת הצורך נזמין לועדה רפואית וזאת בהתאם להחלטת רופא מוסמך.

אם לא נבדקת בעבר לעניין תביעה לקצבת נכות, קצבת שירותים מיוחדים ו/או ניידות אנא צרף/י מסמכים רפואיים כדי שנוכל לקבוע אחוזי הנכות.

حسب القانون فإن مستحق تعويض إصابة بوليو يجب أن يكون :

☐ مقيم في دولة اسرائيلي حالياً وطالما هو مقيم في إسرائيل.

☐ أصيب بالمرض في إسرائيل منذ قيام الدولة (ابتداء من- 14.5.48)

يُمنح التعويض للشخص الذي حُددت له بسبب مرض البوليو نسب إعاقة طبية \ أو نسب محدودية التنقل.

يشمل التعويض :

1. تعويض لمرة واحدة وفقاً لنسب الإعاقة الطبية .

2. منحة أو مخصصات وفقاً لنسب الإعاقة الطبية .

هذا القانون ساري المفعول ابتداء من 1.1.07.

לכי תתם הענייה באלטל, תחכס המעטיות המועדה לדי המוססה. ין קאנת בוזזתק וזאנק חדיטה (למ תסלם ללתאמין הזוני) הרגא ירפאקה באלטל.

ינ קאנת הנא חאגה פאננא סנדעזק ללמזול אמן לנגה טיפיה וזלק חסב קרר טיפיה מזל.

אזא למ תחזע לזי פחכס פי המזשי בזאן טלב מخصصז עזז, מخصصז חזמזז חזסה ואו מוזדוזיה התנל, הרגא ירפאק וזאנק טיפיה לזי

נתמכן מן תחזיד נסב העזז.

הסבר נוסף על החוק, אופן הגשת התביעה והטיפול בה
אנא - ראה/י בדף ההסבר המצוי בסניפי המוסד ובאתר האינטרנט.
תגד שרחה אضافיה ען הזאנון, טריקה תקדימ הטלב והענייה בה, פי ורקה
الشرح الموجودة في فروع التأمين الوطني وفي موقع الإنترنت.

תביעה לפיצוי ע"פ חוק פיצוי לנפגעי פולין, התשס"ז - 2007

طلب للتعويض وفقاً لقانون تعويض مصابي شلل الأطفال- يوليو - 2007

חלק א'
القسم أ

1. פרטי הנפגע تفاصيل المصاب

שם משפחה أسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	תאריך לידה تاريخ الميلاد	מספר זהות رقم الهوية ס"ב الإضافי
שם האב أسم الأب	מין الجنس ☐ זכר ☐ אُنثי	ארץ עלייה البلد السابق	תאריך עלייה تاريخ القدوم إلى البلاد

2. מען מגורים عنوان السكن

רחוב شارع	מספר בית رقم البيت	כניסה مدخل	דירה شقة	יישוב البلدة	מיקוד منطقة رقم
מספר טלפון رقم الهاتف	מספר טלפון נייד الهاتف الخليوي	מספר פקס رقم الفاكس			

חלק ב'
قسم ب

1. פרטים על המחלה تفاصيل عن المرض

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

א. באיזו שנה חלית במחלת הפוליו?
أ. في أي سنة أصبت بمرض البوليو ؟

ב. באיזה בית חולים טופלת / אושפזת?
ب. في أي مستشفى عولجت أو مكثت ؟

ג. אם לא נולדת בישראל נא צרף מסמכים המעידים שחלית בישראל.
ج. إذا لم تولد في إسرائيل الرجاء إرفاق وثائق تبين أنك مرضت في إسرائيل .

2. פרטים על קופת החולים בה הינך מטופל ועל רופא המשפחה تفاصيل عن صندوق المرضى الذي تنتمي إليه وطبيب العائلة

שם הקופה : أسم صندوق المرضى	שם המרפאה וכתובתה : أسم العيادة وعنوانها
שם רופא המשפחה שלך : ד"ר أسم طبيب العائلة الدكتور	כתובת המרפאה : عنوان العيادة

3. רופאים נוספים המטפלים בך או טיפלו בך בעבר أطباء آخرون يعالجونك أو عالجتك في الماضي

רשום שמות רופאים נוספים המטפלים בך וכתובתם. אם הטיפול הוא במרפאה מקצועית / מחלקה של קופ"ח או של בית-חולים - רשום את שם המרפאה / מחלקה וכתובתה. אם ידועים לך מספרי הטלפון רשום גם אותם.
 سجل أسماء أطباء آخرين يعالجونك وعنوانهم. إن كان العلاج في عيادة تخصصية \ قسم في صندوق المرضى أو مستشفى, سجل اسم العيادة\ القسم وعنوانه. إن كنت تعرف أرقام الهواتف سجلها أيضاً.

	(1)
	(2)

חלק ג' قسم ج

1. תביעות אחרות בגין מחלת הפוליו طلبات أخرى بخصوص مرض البوليو

האם הגשת תביעה לפי פקודת הנזיקין? ☐ כן ☐ לא
 هل قدمت طلباً وفقاً لقانون الأضرار؟ نعم لا

האם הגשת תביעה לפי חוק ביטוח נפגעי חיסון התש"ן - 1989? ☐ כן ☐ לא
 هل قدمت طلباً وفقاً لقانون تأمين مصابي التطعيم - 1989 ? نعم لا

2. העברת תשלומים تحويل الدفعات

התשלומים יועברו לחשבון בנק בו משולמת קצבת נכות / קצבת שירותים מיוחדים / קצבת נידות
 يتم تحويل الدفعات إلى حساب البنك الذي تحول إليه مخصصات العجز \ مخصصات الخدمات الخاصة \ مخصصات محدودة التنقل

☐ כן
 نعم

☐ לא - אנא צרף המחאה ריקה של חשבון הבנק המתנהל על שמך כשעל גבי המחאה עליך לרשום "מבוטל".
 לחילופין, תוכל לצרף צילום של המחאה מבוטלת וצילום של כרטיס אשראי. אפשרות נוספת היא במקום המחאה להמציא מהבנק בו מתנהל חשבונך אישור מתאים על היותך בעל החשבון. אישור זה עליך לצרף לתביעה. אישור שהוצא מכספומט, עמדת שירות או אינטרנט - יתקבל כאישור בנק.
 لا - الرجاء إرفاق شيك فارغ من حساب البنك الذي على إسمك بحيث تكتب عليه كلمة " ملغي ".
 أو تستطيع إرفاق صورة لشيك ملغي وصورة لبطاقة الإعتماد. إمكانية أخرى بدلاً من الشيك الملغي أرفاق تصريح من البنك الذي تدير فيه حسابك ببيان أنك صاحب الحساب. يجب إرفاق هذا التصريح مع الطلب. تصريح أخرج من جهاز الصرف الآلي, نقطة خدمة, أو الإنترنت يُعتبر تصريحاً من البنك.

תשלומים שייגיעו לי אבקש להעביר לזכות חשבון הבנק כמפורט להלן:
 أطلب تحويل الدفعات التي أستحقها إلى حساب البنك التالي :

שם הבנק اسم البنك	מען הסניף عنوان الفرع	מספר הסניף رقم الفرع	מספר החשבון رقم الحساب
החשבון מתנהל על שמות: ☐ התובע ☐ אחר, פרט: שם الأسماء التي تدير الحساب مقدم الطلب آخر, فصل: اسم			
יחס קרבה לתובע _____ (שותף לחשבון הבנק, יחתום על התחייבות בסעיף 5 בעמ' 3) علاقة القرى لمقدم الطلب (شريك بحساب البنك , يجب أن يوقع على التزام في البند 5 صفحة 3)			
(בן / בת זוג, בן / בת, הורה, סב, אח/ות) (زوج / ة , ابن / ابنة , والد / ة , جد / ة , أخ / أخت)			

עמוד 4 מתוך 6
صفحة 4 من 6

3. פרטי מגיש התביעה - ימולא אם וכאשר התובע אינו מסוגל להגיש התביעה בעצמו עקב מצבו הבריאותי
تفاصيل مقدم الطلب - يتم تعبئة هذا البند في حال عدم تمكن مقدم الطلب من التعبئة بنفسه بسبب وضعه الصحي

שם מגיש התביעה:	מספר הזהות:
اسم مقدم الطلب	رقم الهوية
מען מגורים (כולל מיקוד):	
عنوان السكن (يشمل رقم المنطقة-الميكود)	
מספרי טלפון:	טלפון נייד:
رقم الهاتف	الهاتف الخليوي
פקס:	פקס:
	فاكس
פרטים על יפוי כח / צו אפוסטרופסות / פסק דין: אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצרף העתק: تفاصيل عن تفويض/ أمر وصاية/ قرار محكمة : إن كان بحوزتك أحد المستندات المذكورة أذكر أيًا منها وارفق نسخة :	

4. הסכמה לקביעת רופא ללא נוכחות - חתום למטה אם אתה מעוניין שאחוזי הנכות הרפואית / אחוזי המוגבלות
בניידות יקבעו לפי מסמכים בלבד
موافقة على قرار طبيب بدون المثول أمامه - وقع في الأسفل إن كنت معنيًا بأن تحدد نسب العجز الطبي / نسب محدودية التنقل
بناء على المستندات فقط.

אני מסכים בזה שהרופא יקבע את אחוזי נכותי הרפואית לפי מסמכים בלבד ומבלי לזמן אותי לבדיקה רפואית.
ידוע לי שלמרות הסכמתי זו יהיה עלי להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.
انا أوافق على أن يحدد الطبيب نسب العجز الطبي لدي, بناء على المستندات فقط وبدون دعوتي إلى فحص طبي.
أعرف أنه رغم موافقتي هذه سيتوجب عليّ المثول لإجراء فحص إن طلب الطبيب ذلك.

חתימת התובע X
توقيع مقدم الطلب

5. הצהרת התובע / מגיש התביעה / שותף לחשבון הבנק - (למעט לחבר קבוצה / מושב שתופי)

חשבון הבנק חייב להיות ע"ש התובע, אפשרי שותף/ים בחשבון.
תצויע מודם הלה / שריק פי חסאב הלה - (מא עא עזו קיבוטס/ בלה עאוניה)
 יגב אן יכון חסאב הלה על סם מודם הלה, וממכן אן יכון שריקא פי חסאב.

* אני החתום מטה תובע פיצוי ע"פ החוק לפיצוי נפגעי פוליו ומצהיר בזה כי כל הפרטים בתביעה ובמסמכים המצורפים לה הם נכונים. אם יחול שינוי באחד מהפרטים שמסרתי בתביעה זו אני מתחייב להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. ידוע לי כי בהתאם לחוק, אדם אשר גרם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה, או להגדלתה ע"י העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

אנא המוע אדנא אלה עעויעא בנא על קאנון עעויע מסיבי שלל האطفال- הוליו ואסרח בן גמיע הלהיל פי הלה והמסדנא המרקה מריקה. אא פרא אי געיר על אד הלהיל הלה קדמה פי הלה הלה פאני אלה בלהיל ען דלה למוססה הלה הלה. אערה אנה וקה ללהון, ששן עמל ען פריק העש או הלהיה על מנה מסיסא בנא על הלה הלה, או זיאדהא בואסה אהא מלומא דא אהמיה בהא השן, תפרש עליה גרמה מלהיה או עקובה השן.

☒ (יסומן ב-) כ אשר עובד המוסד ממלא את טופס התביעה) כל הפרטים הרשומים בתביעה הוקראו באוזני ואני מאשר בזה כי הם תואמים את הפרטים שמסרתי בע"פ לעובד המוסד.
 (תוצע אשורה ✓ ענדה מלא מוזף המוססה מוזג הלה) גמיע הלהיל המסלה פי הלה תמ קראה אמאי ואוד בלה אנה תפאיק הלהיל הלה קדמהא שפהיה למוזף המוססה .

* אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי כח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את הפרטי השותפים לחשבון ומיופי 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 חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור מוסד את פרטי מושכי התשלומים.

* אלה בלהיל מוססה הלה הלה ען כל געיר פי הויה השרכא פי חסאב הלה ו/או אסחאב הלהיל פי חסאב, והתאוד מן הלהיל על מוזג חלה הלה. אואק על אן יקדמ הלה למוססה הלה הלה מן חין לאחר חסב הלהיל השרכא פי חסאב ואסחאב הלהיל בה, סווא חלה חלה הלה או בעדה. אואק על אן יעיד הלה המזכור אלה אלה מוססה הלה הלה חסב הלהיל מלה מן חסאבי, אא קאנה המוססה קד אודעה פי חסאב דעה קאמה או קסמא מנהא בלהא או ליש וקה ללהון, וכדלה אן יקדמ הלה למוססה הלהיל האשחאס הלה יסחבון הדפעה מן חסאב.

תאריך: _____ **חתימת התובע / או מגיש התביעה X**

התאריך _____ תועיק מודם הלה

(התחייבות שותף בחשבון הבנק לגבי סעיף ב.): שם: _____ **מספר זהות:** _____
 (תעה שריק פי חסאב הלה חסב בנד ב.) אלה _____ רמ הויה

תאריך: _____ **חתימה X**

התאריך _____ תועיק

אם התביעה נחתמה בתביעת אצבע, ציין:

אא קא הלה קד וקע בביסמה אסבע, אדקר :

שם העד: _____ **מספר זהות:** _____ **חתימת העד:** _____
 אלה השאה _____ רמ הויה _____ תועיק השאה



מלא וחתום על טפסי ויתור הסודיות שלהלן :
إملا ووقع على نماذج التنازل عن السرية التالية :

ויתור סודיות רפואית
تنازل عن السرية الطبية

לכבוד
إلى حضرة

אני _____ הח"מ בעל מספר זהות _____
אנא _____ الموقع أدناه صاحب رقم هوية

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.

أطلب بهذا تقديم أي معلومات لمؤسسة التأمين الوطني المتعلقة
بمرضِي, وضعِي الطبي, العلاج الذي يقدم لي, نتائجه, و/أو أي
معلومات أخرى تطلبها, و/أو كل مستند طبي عني.

תאריך: _____ חתימה _____
تاريخ _____ توقيع _____



מלא וחתום על טפסי ויתור הסודיות שלהלן :
إملا ووقع على نماذج التنازل عن السرية التالية :

ויתור סודיות רפואית
تنازل عن السرية الطبية

לכבוד
إلى حضرة

אני _____ הח"מ בעל מספר זהות _____
אנא _____ الموقع أدناه صاحب رقم هوية

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.

أطلب بهذا تقديم أي معلومات لمؤسسة التأمين الوطني المتعلقة
بمرضِي, وضعِي الطبي, العلاج الذي يقدم لي, نتائجه, و/أو أي
معلومات أخرى تطلبها, و/أو كل مستند طبي عني.

תאריך: _____ חתימה _____
تاريخ _____ توقيع _____