



طلب تداول مجدد حسب بند 36 (الإساءة في الوضع)

يجب إرفاق ما يلي للنموذج

للم
تصريح عن الإساءة في الوضع من طبيب مخول لذلك في صندوق المرضى .

كيفية تقديم الطلب

للم
يجب إرسال نموذج الطلب أو إحضاره الى فرع مؤسسة التأمين الوطني القريب من مكان سكنك.
للاسئلة والاستفسارات يجب التوجه الى هاتف رقم 6050* أو 8812345 – 04

للم
لمعلوماتك – اللجنة غير مخولة لتحديد درجة الإعاقة، بناء على بند 36، عن الفترة التي سبقت تقديم الطلب.

للم
لتفاصيل إضافية يمكن الإستعانة بموقع الإنترنت التابع لمؤسسة التأمين الوطني www.btl.gov.il.

إلزامي التوقيع على نموذج الطلب



תביעה לדיון מחדש לפי תקנה 36 (החמרה במצב)

חובה לצרף לטופס זה

אישור על החמרה מרופא שמוסמך לכך בקופת חולים.

כיצד יש להגיש את התביעה

את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.

לידיעתך – הוועדה אינה מוסמכת לקבוע דרגת נכות, על סמך תקנה 36, בעד התקופה שקדמה למועד הגשת התביעה.

לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
תביעה לדיון מחדש לפי תקנה 36
(החמרה במצב)

مؤسسة التأمين الوطني
إدارة المخصصات

طلب تداول مجدد حسب بند 36)
الإساءة في الوضع)

עמוד 1 מתוך 3

לשימוש פנימי בלבד (סריקה) للإستعمال الداخلي فقط (مسح)	חותמת קבלה ختم الإستلام
מס' זהות / דרכון رقم بطاقة الهوية/ جواز السفر	
סוג המסמך نوع الوثيقة	דפים صفحات
00	

1 تفاصيل مقدم الطلب פרטי התובע

اسم العائلة שם משפחה	الإسم الشخصي שם פרטי	رقم الهوية מספר זהות الإضافي "ס"ב
العنوان (حسبما هو مسجل في وزارة الداخلية) כתובת (הרשומה במשרד הפנים)		
רחוב / תא דואר شارع / صندوق بريد	מס' בית رقم البيت	כניסה مدخل
	דירה شقة	יישוב بلدة
	מיקוד الرمز البريدي	
טלפון קווי / هاتف أرضי	טלפון נייד / هاتف خلوي	
0	0	
☐ אני מאשר קבלת הודעות SMS أوافق على تلقي رسائل SMS		
أطلب التداول مجدداً بدرجة العجز التي حددت لي بسبب الإساءة في وضعي نتيجة إصابة في العمل بتاريخ מבקש לדון מחדש בדרגת נכותי בשל החמרה במצבי כתוצאה מפגיעה בעבודה מתאריך مرفق تصريح بأن وضعي إزداد سوءاً ، من طبيب مخول لذلك في صندوق المرضى מצ"ב אישור שחלה החמרה במצבי, מרופא שמוסמך לכך בקופת חולים.		
عنوان للرسائل (إن كان مختلفاً عن العنوان المفصل أعلاه) מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)		
רחוב / תא דואר شارع / صندوق بريد	מס' בית رقم البيت	כניסה مدخل
	דירה شقة	יישוב بلدة
	מיקוד الرمز البريدي	
إن كان يمتلك محام الرجاء تعبئة تفاصيله אם הינך מיוצג ע"י עו"ד נא ציין את פרטיו:		
اسم المحامي שם העו"ד	هاتف أرضي / خلوي	טלפון קווי/נייד
	0	
العنوان כתובת		

תفاصيل حساب البنك لمقدم الطلب פרטי חשבון הבנק של התובע

أسماء أصحاب الحساب שמות בעלי החשבון

اسم البنك שם הבנק	اسم الفرع / عنوانه שם הסניף / כתובתו	رقم الفرع מס' סניף	رقم الحساب מספר חשבון

אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימתם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, 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 אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושגי התשלומים.

أنا الشريك في حساب بنك صاحب هوية رقم _____ الاسم _____ ألتزم بإستعمال مبالغ المخصصات التي تودع في الحساب، للشخص الذي يتلقى المخصصات.

ألتزم بتبليغ مؤسسة التأمين الوطني عن كل تغيير يطرأ على هوية الشركاء في حساب البنك و/או المخولين في الحساب، والتأكد من توقيعهم على نموذج حثلة الحساب. أوافق على ان يبلغ البنك من حين لآخر مؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، تفاصيل الشركاء في الحساب والمخولين فيه، سواء خلال فترة الإستحقاق او بعدها.

أوافق ان يعيد البنك المذكور أعلاه الى مؤسسة التأمين الوطني حسب طلبها مبالغ من الحساب, 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 المذكورة.

التاريخ תאריך	توقيع متلقي الدفعات חתימת מקבל התשלום	توقيع/ توقيع الشركاء في الحساب חתימת/חתימות השותפים לחשבון
------------------	--	---

הצהרה
תסריח

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכויותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

أنا الموقع أدناه أصرح بأن جميع التفاصيل التي قدمتها في هذا الطلب وملحقاته صحيحة وكاملة. أعرف أنه وفقاً لقانون التأمين الوطني، فإن أي شخص يؤدي بالغش او عن معرفة الى دفع مخصصات وفقاً لهذا القانون، او زيادتها، بواسطة إخفاء تفاصيل لها أهمية لهذا الأمر، فإنه يخالف القانون وقد يتعرض لدفع غرامة اوسجن. اعرف ان كل تغيير في احد التفاصيل التي قدمتها في هذا الطلب وملحقاته، يؤثر على استحقاقي لمخصصات او على تراكم دين، وبناء على ذلك ألتزم بالتبليغ عن كل تغيير خلال 30 يوماً.

التاريخ תאריך _____ توقيع مقدم الطلب חתימת התובע _____