



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף שיקום

**תביעה לתשלום קצבה
מיוחדת לנפגע עבודה**

חותמת קבלה		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים		

שים לב: עליך לצרף לבקשה דוחות רפואיים עדכניים שתייחסו למצבך הרפואי, לאשפוזים שהיו בשנים האחרונות, לטיפולים אשר אתה מקבל ולקשייך התפקודיים הנובעים מפגיעת העבודה שלך.

פרטים אישיים		1
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
תאריך הפגיעה שנה חודש יום	מצב משפחתי: ☐ רווקה ☐ אלמנה ☐ פרודה ☐ נשואה ☐ גרושה ☐ עגונה ☐ ידועה בציבור	מס' ילדים מתחת לגיל 18 תאריך לידה שנה חודש יום
אחוזי נכות שנקבעו _____ ☐ לצמיתות ☐ זמניים עד לתאריך _____		
האם אתה מקבל: ☐ קצבה לשירותים מיוחדים ☐ קצבת סיעוד ☐ קצבת ניידות ☐ עזרת הזולת		
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני: _____ @ _____
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.		
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד
האם כתובת בן/בת הזוג זהה לכתובתך? ☐ כן ☐ לא		

2	
אם המבוטח מיוצג ע"י עו"ד או חברה או אם אינו יכול להגיש תביעה עקב מצבו הבריאותי, על מגיש התביעה למלא את הפרטים הבאים:	
פרטי מגיש התביעה	
יחס קרבה לתובע ☐ קרוב משפחה ☐ אפטרופוס ☐ עו"ד ☐ חברה מייצגת ☐ ר"ח ☐ אחר: _____	
שם משפחה	
שם פרטי	
מספר זהות	
אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לצרף טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".	
תאריך _____ חתימת התובע ✕ _____	

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

אנא פרט את מצבך התפקודי בתחומי הניידות, הלבשה, רחצה, אכילה, שליטה על סוגרים והצורך שלך בהשגחה.

לידיעתך, בתביעה לבדיקה מחדש, רשאי המוסד לבחון את הזכאות לקצבה המיוחדת המשתלמת לך.

פרטי חשבון הבנק

שמות השותפים לחשבון

שם הבנק		שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיפוי כוח בחשבון, ולוודא להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיפוי 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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל.

לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך _____ שם השותף/ים _____ מס' ת.ז. _____ חתימה **x** _____

הצהרה

הריני מצהיר שהפרטים בבקשה זו הינם נכונים ומלאים ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי כי כל פעולה או התחייבות שתיעשה על ידי בעניין הבקשה בטרם אישורה הינה על אחריותי בלבד. ידוע לי שאם תאושר בקשתי עלי להשתמש בכספים שאקבל אך ורק למטרה שפורטה. אני מאשר כי אני מקבל עלי את כל ההתחייבויות הקשורות בקבלת הסכום.

תאריך _____ חתימת התובע **x** _____

לשימוש המוסד

נתקבל ביום _____ שם העובד המטפל _____

% _____ נכות זמנית מתאריך _____ עד תאריך _____

% _____ נכות צמיתה מתאריך _____ עד תאריך _____

אבחנה רפואית _____

מצ"ב: ☐ דו"ח פקיד שיקום ☐ דו"ח הערכת סיעוד ☐ נספח תפקודי חתום ע"י רופא ופקיד שיקום

רמת סיוע מומלצת _____ תאריך תחולה _____

הנמקה: _____

_____ **x** _____ **x**

תאריך _____ שם וחתימת פקיד שיקום _____ שם וחתימת מנהל תחום שיקום _____

החלטת המשרד הראשי: רמת סיוע מאושרת _____ בתחולה מיום _____

הנמקה: _____

תאריך _____ שם וחתימה **x** _____