



תביעה להכרה כנכה נזקק לפי תקנה 18א'

חובה לצרף לטופס זה

- שכיר – אישור המעסיק כמפורט בעמוד 2 בטופס תביעה זה.
- עצמאי/ בעל שליטה – דוחות מע"מ לתקופה המבוקשת בתביעה זו.
- ניתן לצרף כל מסמך רלוונטי אחר – אישור רופא תעסוקתי / תעודות רפואיות לתקופה המבוקשת / מסמכים רפואיים אחרים.

לידיעתך

- הכרה כנכה נזקק יכול לקבל מי שוועדה רפואית קבעה לו דרגת נכות זמנית.
- נכה נזקק הוא מי שעונה על שני התנאים הבאים:
 - אין לו סיכוי סביר ומסוגלות לעבוד בעבודה כלשהי.
 - אין לו הכנסה - מעבודה כשכיר או כעצמאי (עצמאי שהעסק שלו פעיל, אף אם אינו עובד בו בפועל, נחשב כמי שיש לו הכנסה מהעסק) או מגמלה מחליפת שכר.
- את התביעה יש להגיש עד 12 חודשים מהמועד בו נקבעה דרגת נכות זמנית.
- באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני. במקום מכתב בדואר, יישלח אליך אי מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.

כיצד יש להגיש את התביעה

- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט / שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות וביירוטים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות

נפגעי עבודה

תביעה להכרה כנכה נזקק

לפי תקנה 18 א'

חותמת קבלה

לשימוש

פנימי

בלבד

(סריקה)

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

מס' זהות / דרכון

--	--

סוג
המסמך

דפים

--	--

שנה	חודש	יום					

תאריך הפגיעה בעבודה

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	ס"ב

2

פרטים על עיסוקי לפני הפגיעה – נא סמן במקום המתאים

☐ שכיר – מקום העבודה _____

מעמד: ☐ זמני ☐ קבוע

ותק במקום העבודה: _____ מקצוע _____

הוצעה לי עבודה אחרת ע"י מעבידי: ☐ כן ☐ לא, ציין את הסיבה _____

חובה להחתים את המעביד, במקום העבודה בו נפגעת, על סעיף 4 בטופס זה.

☐ עצמאי/בעל שליטה ☐ העסק בבעלותי ☐ שותפות * יש לצרף דוחות מע"מ של העסק לתקופה המבוקשת

מצב העסק כיום: ☐ סגור ☐ הפעילות צומצמת ☐ אין שינוי בפעילות העסק

אני מעסיק עובדים: ☐ לא ☐ כן

ברצוני להוסיף על האמור לעיל: _____

3

הצהרה

אני מצהיר בזאת שבתקופה מתאריך _____ עד תאריך _____, לא הייתה לי כל הכנסה מן המקורות שלהלן: הכנסה מהתעסקות, ואינני זכאי עבור תקופה זו לכל תשלום מאת מעבידי. ידוע לי, כי אם תאושר זכאותי כנכה נזקק, תבוטל זכאות לאבטלה(אם יש כזו). ידוע כי מחובתי לעדכן את המוסד לביטוח לאומי מיד עם שובי לעבודה.

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה 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 בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת btldpo@nioi.gov.il.

אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותי מצדדי ג', בהתאם לדין.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

אם התביעה הוגשה בסיוע או על ידי מייצג: ☐ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ ביה"ח ☐ אחר _____

נא לציין את שם הגוף המסייע / המייצג _____ תאריך תחילת התקשרות _____

תאריך _____ שם _____ חתימה *

שם המעסיק _____ מספר תיק ניכויים _____
 אני מאשר כי העובד _____ בעל מס' ת.ז. _____
 מועסק בתפקיד _____
 אופי העבודה _____
 לא עבד בתקופה מתאריך _____ עד תאריך _____
 הסיבה לכך _____
 האם קבל שכר בתקופה זו ☐ כן ☐ לא עבור _____
 הוצעה לו עבודה אחרת במפעל ☐ כן ☐ לא, הסיבה _____
 הערות: _____
 תאריך: _____ שם החותם ותפקידו: _____ חתימה וחותמת * _____