



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
תחום ניידות
סניף _____

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

לכבוד
המכון הרפואי לבטיחות בדרכים
דרך מנחם בגין 116
תל אביב

בקשה לרכב מיוחד

פרטי המוגבל בניידות					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
כתובת					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			

2 פרטים על המוגבלות בניידות, נהיגה וזכאות – ימולא ע"י פקיד התביעות

אחוז המוגבלות % _____

מצ"ב פרוטוקל הועדה ומסמכים רפואיים עדכניים.

בעל רשיון נהיגה מס' _____ חסר רשיון נהיגה

נבדק במכון בתאריך _____

לפי הנתונים זכאי על פי הסכם הניידות לרכב בגודל סמ"ק _____

האם הנך נמצא בתהליך של החלפת כסא גלגלים במשרד הבריאות? כן לא

מצ"ב הנימוקים לערר של התובע

תאריך _____ שם פקיד תביעות _____ חתימה * _____