





מס' זהות

סוג המסמך

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

לכבוד
 המוסד לביטוח לאומי
 סניף _____
 إلى حضرة
 مؤسسة التأمين الوطني
 فرع _____

כתב ערר על ההחלטה של המוסד לביטוח לאומי
 لائحة استئناف على قرار مؤسسة التأمين الوطني
 מתאריך _____ בעניין □ אבחון רפואי □ דרגת אי כושר
 من تاريخ _____ حول التشخيص الطبي درجة عجز عدم القدرة

1

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	ת"ז رقم الهوية
טלפון קווי رقم الهاتف	טלפון נייד الهاتف الخليوي	מס' פקס رقم الفاكس

□ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנתי "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. ארצות הברית לא תשתמש במידע זה לצורכי פרסום או שיווק. [למידע נוסף](#)

2

[illegible]

הצהרה

תסריח

ידוע לי כי הוועדה הרפואית לעררים ו/או הוועדה לעררים רשאיות לאשר, לבטל או לשנות את ההחלטה עליה מוגש הערר.

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 לשלוח אלינו טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

أعلم بأن اللجنة الطبية للاستئناف و/أو لجنة الاستئناف تستطيع الموافقة، الغاء أو تغيير القرار الذي قُدم الاستئناف على إثره. إذا كنت ممثلاً من قبل محامٍ، يجب طلب إدخال توكيل رسمي من المحامي عبر نظام الممثلين في المخصصات على موقع التأمين الوطني. إذا كان غير قادر على القيام بذلك، أو في حال محاسب أو مستشار ضريبي، أرسل إلينا نموذج ب/73: "وكالة وتنازل عن سرية لممثل في مسائل المخصصات".

תאריך _____ שם התובע _____
תאריך _____ اسم مقدم الطلب _____
חתימה _____
التوقيع _____

נא לציין אם הערר מוגש ע"י: ☐ אפוטרופוס ☐ מקבל גמלה ☐ אחר _____
يرجى ذكر إذا ما كان الاستئناف مقدم من قبل: وصي _____ مقدم الطلب _____ شخص آخر _____

תאריך _____ שם מגיש הערר _____
תאריך _____ اسم مقدّم الاستئناف _____
חתימה _____
التوقيع _____

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד
كتببت هذه الاستمارة بصيغة المذكر لكنها موجهة للنساء والرجال على حدّ سواء