



**תביעה לתשלום  
מענק מיוחד / קצבה מיוחדת  
לנפגע בעבודה**  
طلب تلقي  
منحة خاصة | مخصصات خاصة  
لمصاب عمل

אני החתום מטה תובע לשם כיסוי הוצאות מיוחדות הנובעות:  
انا الموقع ادناه اطلب من اجل تغطية تكاليف خاصة :

מענק מיוחד   
منحة خاصة

קצבה מיוחדת   
مخصصات خاصة

מס' זהות رقم الهوية	שנת לידה سنة الولادة	שם פרטי الاسم الشخصي	שם משפחה اسم العائلة
ילדים מתחת לגיל 18 أولاد تحت سن 18		תאריך הפגיעה تاريخ الإصابة	מצב משפחתי الحالة الإجتماعية
			<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> مطلق

רחוב شارع	מס' בית رقم البيت	דירה شقة	יישוב البلد	מיקוד منطقة رقم
--------------	----------------------	-------------	----------------	--------------------

<b>קצבה</b> مخصصات	<b>מענק</b> منحة
גובה הקצבה המבוקשת ש"ח قيمة المنحة المطلوبة	גובה המענק המבוקש ש"ח قيمة المنحة المطلوبة
המטרה الهدف	המטרה الهدف
הנמקה التعليل	הנמקה التعليل

**למוד 2 מתוך 2**  
**صفحة 2 من 2**

הריני מצהיר שהפרטים בבקשה זו הינם נכונים ושלמים. 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.

أقر وأعترف بأن التفاصيل الواردة في هذا الطلب صحيحة وكاملة. أعرف أن أي عمل أو التزام أقوم به بشأن الطلب قبل المصادقة عليه هو على مسؤوليتي فقط. أعرف أنه إذا تمت المصادقة على طلبي فيجب أن اصرف الأموال التي سأتلقها للسبب المفصل فقط. أؤكد قبولي جميع الإلتزامات المتعلقة بتلقي المبلغ.

אני מבקש לשלם לי את הקצבה המיוחדת, אם תאושר, באמצעות:  
אطلب أن تُدفع لي المخصصات الخاصة, إن يتم قبولها, بواسطة:

<input type="checkbox"/> פרטי شخصي		סוג החשבון نوع الحساب	שם בעל החשבון اسم صاحب الحساب
<input type="checkbox"/> קיבוצי كيبوتس			
מספר החשבון رقم الحساب	מספר הסניף رقم الفرع	שם הסניף/כתובתו اسم الفرع وعنوانه	שם הבנק اسم البنك

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או בחלקו שולם בטעות או שלא כדין.  
أوافق على أن يرجع البنك إلى مؤسسة التأمين الوطني حسب طلبها, مبالغ من حسابي إذا كانت المؤسسة قد أودعت في الحساب دفعة كاملة أو قسماً منها بالخطأ أو ليس وفقاً للقانون.

תאריך التاريخ	חתימה التوقيع
<b>לשימוש המוסד</b> لاستعمال المؤسسة תفاصيل العجز פרטי הנכות: % נכות העجز % זמנית מ מؤقت من עד حتى	שם העובד המטפל اسم الموظف
נתקבל ביום استلم بتاريخ % נכות % צמיתה מ ابدي من	
מהות הפגיעה (אבחנה רפואית): ماهية الإصابة (تشخيص طبي)	

מצורפים בזה: (א) דו"ח פקיד שיקום. (ב) המלצות רופא המוסד  לפי סעיף 69 (ב) לחוק / לפי סעיף 1 (ד) לתקנות המענק המיוחד.  המלצה לאישור המענק / הקצבה בגין המצב הרפואי.  
مرفق بهذا: ( أ ) تقرير موظف تاهيل . ( ب ) توصيات طبيب المؤسسة  حسب بند 69 ( ب ) في القانون حسب بند 1 ( د ) لائحة المنحة الخاصة.  توصية للموافقة على المنحة / المخصصات بسبب الوضع الصحي.

המלצת ועדת השיקום  
توصية لجنة التاهيل

תאריך التاريخ	חתימה ותואר התפקיד توقيع ولقب الوظيفة	חתימה ותואר התפקיד توقيع ولقب الوظيفة	חתימה ותואר התפקיד توقيع ولقب الوظيفة
------------------	--	--	--

החלטת המשרד הראשי:  
قرار المكتب الرئيسي