



תביעה לקביעת דרגת נכות ולתשלום תגמול נכות לנפגע איבה

طلب لتحديد درجة الإعاقة ولدفع مخصصات الإعاقة للمتضرر من الأعمال العدائية

חובה לצרף לטופס זה יבגב أن ترفق لهذا النموذج

- ✎ עליך לצרף אישורים בהתאם לנדרש בטופס התביעה וכן, מסמכים רפואיים עדכניים הקשורים לפגיעה, שטרם נמסרו למוסד.
- ✎ عليك إرفاق تصديقات حسب المطلوب في نموذج الطلب وأيضا مستندات طبية حديثة المتعلقة في الإصابة, التي لم تقدم للمؤسسة بعد.

לידיעתך למعرفتك

- ✎ על פי חוק, לא ישולם התגמול לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשת התביעה.
- ✎ حسب القانون, لن تدفع المخصصات لفترة أكثر من 12 شهرا مقدما (بأثر رجعي) من يوم تقديم الطلب.

כיצד יש להגיש את התביעה כיבב يقدم الطلب

- ✎ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- ✎ يبعث نموذج الطلب أو يحضر إلى فرع مؤسسة التأمين الوطني القريب من مكان سكنك. للأسئلة والاستفسارات يجب التوجه لهاتف *6050 أو 04-8812345.
- ✎ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.
- ✎ لتفاصيل أخرى يمكن الإستعانة بموقع الإنترنت التابع لمؤسسة التأمين الوطني www.btl.gov.il.

אם אינך יכול לחזור לעבודתך הקודמת בשל נכותך, אנא פנה למחלקת השיקום בסניף הקרוב למקום מגוריך

إذا لم تستطع أن ترجع لعملك السابق بسبب إعاقتك, توجه من فضلك لقسم التأهيل في الفرع القريب لمكان سكنك

חובה לחתום על טופס התביעה יבגב أن توقع على نموذج الطلب

هذا النموذج مكتوب بصيغة المذكر لكنه يوجه للإناث والذكور على حد سواء



המוסד לביטוח לאומי
 مؤسسة التأمين الوطني
 מינהל הגמלאות
 ادارة المخصصات

תביעה לקביעת דרגת נכות
 ולתשלום תגמול נכות
 לנפגע איבה

طلب لتحديد درجة الإعاقة
 ولدفع مخصصات إعاقة
 للمتضررين من الأعمال العدائية

עמוד 1 מתוך 3

לשימוש פנימי בלבד (סריקה) للاستعمال الداخلي فقط	חותמת קבלה توقيع الاستلام
מספר זהות / דרכון / רישוי נהיגה / ג'וּזַר תפריץ מס' זהות / דרכון / רישוי נהיגה / ג'וּזַר תפריץ	
סוג המסמך דפים / أوراق מס' זהות / דרכון / רישוי נהיגה / ג'וּזַר תפריץ	

1 פרטי התובע تفصيل المدعي

שם פרטי האם الشخصية שם משפחה اسم العائلة	מספר זהות رقم الهوية	الجنس <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> אُنثى
תאריך לידה تاريخ الولادة שנה السنة חודש الشهر יום اليوم	הוּצַע הַשְּׁכִישי <input type="checkbox"/> אָעִזְב/עִזְבִּיא <input type="checkbox"/> אָרְמֵל/ة <input type="checkbox"/> מִנְפַּסֵּל/ة <input type="checkbox"/> מִתְּרִוּג/ة <input type="checkbox"/> מִתְּרִוּג/ة <input type="checkbox"/> מִעִרְוֵפ/ة לִדֵי הַגְּמֵהִיר	

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) العنوان (المسجل في وزارة الداخلية)

רחוב / תא דואר شارع / صندوق بريد מס' בית רִמֵּ הכניסה דירה الشقة יישוב البلد מיקוד הרִמֵּ البريدي	טלפון קווי הארִצִי טלפון נייד הארִצִי דואר אלקטרוני בריד אלקטרוני	אני מאשר קבלת הודעות SMS أنا أصادق على إستلام بلاغات SMS
---	---	---

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה) عنوان المراسلة (إذا تغير العنوان اعلاه)

רחוב / תא דואר شارع / صندوق بريد מס' בית רִמֵּ הכניסה דירה البناية יישוב البلد מיקוד הרִמֵּ البريدي	
---	--

שם הנמען (אם אינו הרשום מעלה)
 اسم المرسل إليه (إذا لم يكن مسجلاً أعلاه)
 קופת החולים בה אתה חבר
 اسم صندوق المرضى أنت عضو فيه

פרטי הפגיעה תفاصيل الإصابة

2

<p>האם נזקקת לאשפוז בקשר לפגיעה? هل إحتجت لدخول المستشفى على أثر الإصابة؟</p> <p>כן <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/></p>	<p>האם קבלת/מקבלת תגמול טיפול רפואי לאחר הפגיעה? هل حصلت/تحصل على مخصصات علاج طبي بعد الإصابة؟</p> <p>כן <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/></p>	<p>תאריך הפגיעה تاريخ الإصابة</p> <table border="1"> <tr> <td>יום</td> <td>חודש</td> <td>שנה</td> </tr> <tr> <td>اليوم</td> <td>الشهر</td> <td>السنة</td> </tr> </table>	יום	חודש	שנה	اليوم	الشهر	السنة						
יום	חודש	שנה												
اليوم	الشهر	السنة												
<p>תקופת האשפוז مدة مكوثك في المستشفى</p>		<p>שם בית החולים اسم المستشفى</p>												
<p>עד יום حتى يوم</p> <table border="1"> <tr> <td>יום</td> <td>חודש</td> <td>שנה</td> </tr> <tr> <td>اليوم</td> <td>الشهر</td> <td>السنة</td> </tr> </table>	יום	חודש	שנה	اليوم	الشهر	السنة	<p>מיום من يوم</p> <table border="1"> <tr> <td>יום</td> <td>חודש</td> <td>שנה</td> </tr> <tr> <td>اليوم</td> <td>الشهر</td> <td>السنة</td> </tr> </table>	יום	חודש	שנה	اليوم	الشهر	السنة	
יום	חודש	שנה												
اليوم	الشهر	السنة												
יום	חודש	שנה												
اليوم	الشهر	السنة												
<p>מהן ההגבלות או הכאבים שיש לך היום בגין פגיעת האיבה? ما هي العوائق أو الآلام التي تعاني منها اليوم على إثر الإصابة العنائية؟</p> <p>_____</p> <p>_____</p>														
<p>האם אתה מסוגל להופיע בפני ועדה רפואית? هل تستطيع أن تمثل أمام لجنة طبية؟</p> <p>כן <input type="checkbox"/> לא, הסיבה: _____ נعم <input type="checkbox"/> لا, السبب: _____</p>	<p>האם חזרת לעבודה (אם הנך תלמיד - האם חזרת ללימודים)? هل رجعت إلى العمل (إذا كنت طالبا - هل رجعت للتعليم)؟</p> <p>כן, חזרתי לעבודה/לימודים בתאריך: _____ לא <input type="checkbox"/> نعم, رجعت للعمل/للتعليم في تاريخ: _____</p>													
<p>פרט מחלות או מגבלות מהן סבלת טרם הפגיעה: فصل الأمراض أو العوائق التي عانيت منها قبل الإصابة :</p> <p>_____</p> <p>_____</p>														

גמלאות ופיצויים מכוח חוקים אחרים מخصصات التقاعد والتعويضات حسب قوانين أخرى

3

<p>האם אתה מקבל או קיבלת תשלום או תגמול: ממשרד הביטחון <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____</p>
<p>ממשרד האוצר <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ هل تحصل أو حصلت على أموال أو مخصصات:</p>
<p>من وزارة الدفاع <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم, فصل: _____ من وزارة المالية <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم, فصل: _____</p>
<p>האם קבלת פיצויים לפי פקודת הנזיקין בגין פגיעה זו? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, ציין ממי ושם עורך הדין שלך: _____ هل حصلت على تعويضات حسب أمر الأضرار لهذه الإصابة? <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم, أذكر ممن وإسم المحامي: _____</p>

שמות בעלי החשבון أسماء أصحاب الحساب

שם הבנק / اسم البنك	שם הסניף/כתובתו / اسم الفرع/عنوانه	מס' סניף / رقم الفرع	מספר חשבון / رقم الحساب

אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקו לחשבון, עבור מקבל הגמלה. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי כח בחשבון, ולדאוג להחתיים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין אחריה. 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.

أنا شريك في حساب البنك لرقم الهوية _____ الإسم _____ أتعهد أن أستعمل نقود المخصصات التي تودع في الحساب, لصالح مستلم مخصصات. أتعهد أن أبلغ مؤسسة التأمين الوطني عن كل تغيير لهوية الشركاء في حساب البنك و/أو وكلائهم في الحساب, وأن أهتم بأن يوقعوا على نموذج حساب محدث. أوافق بأن البنك يعطي من فترة لأخرى لمؤسسة التأمين الوطني حسب طلبها تفاصيل الشركاء في الحساب ووكلائهم, في فترة الإستحقاق أو بعدها. أوافق بأن البنك المذكور أعلاه يرجع لمؤسسة التأمين الوطني حسب طلبها مبالغ من حسابي, إذا أودعت المؤسسة في الحساب مبلغا كله أو جزء منه دفع خطأ أو خلافا للقانون, وأيضا أن يعطي البنك للمؤسسة تفاصيل الأشخاص الذين يسحبون الأموال.

תאריך: _____ שם השותף: _____ מספר ת.ז. _____ חתימה ✕ _____
 التاريخ: _____ اسم الشريك: _____ رقم بطاقة الهوية. _____ التوقيع ✕ _____

אני החתום מטה תובע תגמול טיפול רפואי לנפגעי פעולות איבה, ומצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה 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 שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
 כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

أنا الموقع أدناه أطلب بدفع أجر العلاج الطبي لمتضرري الأعمال العدائية . وأصرح بهذا أن التفاصيل التي أعطيت من قبلي في الدعوى وملحقاتها هي صحيحة وكاملة.
 معلوم لدي أن إعطاء تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات تكون خلافا للقانون, وأن شخصا الذي يتسبب في الغش أو بمعرفة لإعطاء مخصصات حسب هذا القانون أو زيادتها بواسطة إخفاء تفاصيل مهمة للأمر, يكون معرضا للغرامة أو للسجن .
 معلوم لدي أن كل تغيير في أحد التفاصيل التي قدمتها في هذه الدعوى وملحقاتها, يمكنه أن يؤثر على إستحقاقي لمخصصات التقاعد أو انشاء دين, ولذا أنا اتعهد أن أبلغ عن كل تغيير خلال 30 يوما.
 وأيضا أتعهد أن أبلغ المؤسسة عن كل خروج من البلاد لفترة أكثر من 3 أشهر.

תאריך _____ חתימת התובע / מקבל הגמלה ✕ _____

التاريخ _____ توقيع المدعي / مستلم المخصصات ✕ _____

ייתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי התנזר عن السريه الطبيه لمؤسسه التامين الوطنى

לכבוד _____

_____ סניף _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____ הגר ב _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה ✕ _____

لحضرة _____

_____ الفرع _____ التاريخ _____

אני _____ الموقع أدناه, هوية رقم: _____ عضو في صندوق المرضى _____ الساكن في _____

أطلب بهذا أن تُسَلِّمَ لمؤسسة التأمين الوطني أو لوكيله, كل المعلومات حول مرضي, حالتي الصحية, العلاج الذي قدم لي, نتائجه و/أو كل المعلومات الأخرى التي تتطلب من قبلهم و/أو كل مستند طبي حولها.

_____ إسم الطبيب المعالج _____ التوقيع ✕ _____

יתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי התנזל ען הסריה الطيبه لمؤسسة التامين الوطني

לכבוד

_____ סניף _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____
הגר ב _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה ✕ _____
חצרה _____

_____ الفرع _____ التاريخ _____

אני _____ الموقع أدناه, هوية رقم: _____ عضو في صندوق المرضى _____
الساکن في _____

أطلب بهذا أن تُسلم لمؤسسة التامين الوطني أو لوكيله, كل المعلومات حول مرضي, حالتي الصحية, العلاج الذي قدم لي, نتائجه و/أو كل المعلومات الأخرى التي تتطلب من قبلهم و/أو كل مستند طبي حولها.

_____ إسم الطبيب المعالج _____ التوقيع ✕ _____

יתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי התנזל ען הסריה الطيبه لمؤسسة التامين الوطني

לכבוד

_____ סניף _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____
הגר ב _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה ✕ _____
חצרה _____

_____ الفرع _____ التاريخ _____

אני _____ الموقع أدناه, هوية رقم: _____ عضو في صندوق المرضى _____
الساکن في _____

أطلب بهذا أن تُسلم لمؤسسة التامين الوطني أو لوكيله, كل المعلومات حول مرضي, حالتي الصحية, العلاج الذي قدم لي, نتائجه و/أو كل المعلومات الأخرى التي تتطلب من قبلهم و/أو كل مستند طبي حولها.

_____ إسم الطبيب المعالج _____ التوقيع ✕ _____

ייתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי התנזר عن السريه الطبيه لمؤسسه التامين الوطنى

לכבוד

_____ סניף _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____
הגר ב _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה ✕ _____
חברה _____

_____ الفرع _____ التاريخ _____
אני _____ الموقع أدناه, هوية رقم: _____ عضو في صندوق المرضى _____

_____ الساكن في _____

أطلب بهذا أن تُسلم لمؤسسة التأمين الوطنى أو لوكيله, كل المعلومات حول مرضي, حالتي الصحية, العلاج الذي قدم لي, نتائجه و/أو كل المعلومات الأخرى التي تتطلب من قبلهم و/أو كل مستند طبي حولها.

_____ التوقيع ✕ _____ اسم الطبيب المعالج _____