



## طلب تحديد درجة عجز بسبب العمل ودفع مخصصات عجز من العمل

### كيفية تقديم الطلب

- ✍ يجب عليك إرفاق التصاريح وفقاً لما هو مطلوب في نموذج الطلب.
- ✍ يجب عليك تقديم كل وثيقة طبية تتعلق بالعجز الطبي الذي تذكره في نموذج الطلب ، ولم يتم تقديمها بعد لمؤسسة التأمين الوطني.
- ✍ يجب إرسال نموذج الطلب أو تقديمه الى فرع مؤسسة والتأمين الوطني القريب من مكان سكنك. للأسئلة والاستفسارات يجب التوجه إلى هاتف رقم 6050\* أو 04-8812345.
- ✍ لمعلوماتك – وفقاً للقانون، لا تدفع المخصصات لفترة تزيد عن 12 شهراً للصرف (بأثر رجعي) من يوم تقديم الطلب.
- ✍ لتفاصيل إضافية يمكن الاستعانة بموقع الإنترنت التابع لمؤسسة التأمين الوطني [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### إنتبه !

- ✍ عودتك إلى العمل لا تمنع تلقياً للمخصصات.
- ✍ يمكن استدعاؤك للمثول أمام لجنة فقط بعد تقديمك جميع الوثائق الطبية المتعلقة بالعجز الطبي الذي تطلب المخصصات بسببه.

### إلزامي التوقيع على نموذج الطلب



## תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

### כיצד יש להגיש את התביעה

- עליך לצרף אישורים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.
- עליך להמציא כל מסמך רפואי הקשור למגבלה הרפואית שהינך מציין בטופס התביעה ואשר טרם נמסר לביטוח הלאומי.
- את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345.
- לידיעתך - על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.**
- לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### שים לב !

- שובך לעבודה אינו מונע את קבלת הגמלה.
- זימונך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא את כל המסמכים הרפואיים הקשורים למגבלות בגינן אתה תובע גמלה זו.

### חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
مؤسسة التأمين الوطني  
إدارة المخصصات

תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה  
ולתשלום גמלת נכות מעבודה  
طلب تحديد درجة عجز بسبب العمل  
ودفع مخصصات عجز من العمل

עמוד 2 מתוך 8

מס' זהות / דרכון رقم بطاقة الهوية/ جواز السفر סוג המסמך דפים نوع الوثيقة صفحات 00	לשימוש פנימי בלבד (סריקה) للإستعمال الداخلي فقط ( مسح )	חותמת קבלה ختم الإستلام
---	--	----------------------------

פרטי התובע / تفاصيل مقدم الطلب

1

שם פרטי الإسم الشخصي	שם משפחה קודם اسم العائلة السابق	שם משפחה اسم العائلة	מין / الجنس
תאריך לידה تاريخ الميلاد	מספר אישי בצה"ל الرقم الشخصي في الجيش	עיסוק / العمل	זכר / ذكر
שנה / سنة חודש / شهر יום / يوم	<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> אג'יר <input type="checkbox"/> מתנדב <input type="checkbox"/> מתפוגע <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> مستقل	<input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> أنثى	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> ذكر

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

מיקוד الرمز البريدي	יישוב بلدة	דירה شقة	כניסה مدخل	מס' בית رقم البيت	רחוב / תא דואר شارع / صندوق بريد
דואר אלקטרוני / بريد الكتروني		טלפון ניד / هاتف خليوي		טלפון קווי / هاتف أرضي	
		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS أوافق على تلقي رسائل SMS			

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה) / عنوان للرسائل (إن كان مختلفاً عن العنوان المفصل أعلاه)

מיקוד الرمز البريدي	יישוב بلدة	דירה شقة	כניסה مدخل	מס' בית رقم البيت	רחוב / תא דואר شارع / صندوق بريد

פרטי הפגיעה / تفاصيل الإصابة

2

שנה / سنة חודש / شهر יום / يوم	תאריך הפגיעה تاريخ الإصابة
פרטים על הפגיעה / تفاصيل عن الإصابة	
<hr/> <hr/> <hr/>	

**פרטי מקום העבודה תفاصيل مكان العمل**

**3**

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה אג'יר - إسم، هاتف وعنوان مكان العمل  
 עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק - مستقل - إسم، هاتف وعنوان المصلحة التجارية  
 מתנדב - שם הגוף השולח לפעולות ההתנדבות מתطوع - إسم الهيئة التي ترسل لعمليات التطوع

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולות ההתנדבות  
 إسم مكان العمل / المصلحة التجارية/ الهيئة التي ترسل لعمليات التطوع

טלפון هاتف

0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

מיקוד الرمز البريدي	יישוב بلدة	דירה شقة	כניסה مدخل	מס' בית رقم البيت	רחוב شارع

המקצוע ערב הפגיעה המהנה قبل الإصابة

**פרטי הטיפול רפואי تفاصيل العلاج الطبي**

**4**

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה:  לא  כן, פרט \_\_\_\_\_  
 هل مكثت في المستشفى بسبب الإصابة لا نعم، فصل \_\_\_\_\_  
 اسم المستشفى \_\_\_\_\_  
 שם בית החולים \_\_\_\_\_  
 תקופת אשפוז \_\_\_\_\_  
 فترة المكوث \_\_\_\_\_

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI, וכד')?  
 هل أجريت لك فحوصات طبية في أعقاب الإصابة ( صور أشعة، MRI , CT وما شابه ) ؟

לא  כן, פרט \_\_\_\_\_  
 לא نعم، فصل \_\_\_\_\_  
 اسم وعنوان المؤسسة الطبية التي اجريت بها الفحوصات \_\_\_\_\_  
 שם וכתובת המוסד הרפואי בו נעשו הבדיקות \_\_\_\_\_

אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.

إن كانت بحوزتك صور أو نتائج فحوصات طبية، الرجاء إرفاقها بالطلب.

אני מבוטח בקופ"ח \_\_\_\_\_  
 أنا المؤمن في صندوق المرضى \_\_\_\_\_

ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדין מטפלים בך:  
 أذكر في اللائحة التالية أسماء الأطباء الذين عالجتك أو ما زالوا يعالجتك :

שם הרופא إسم الطبيب	תחום מומחיות مجال التخصص	כתובת המרפאה عنوان العيادة

5

**המגבלות שיש לך עקב הפגיעה בגינך הינך תובע גמלה  
 الإعاقات التي لديك في أعقاب الإصابة والتي تطلب تلقي مخصصات بسببها**

המגבלות או הכאבים מהם הינך סובל الإعاقات أو الآلام التي تعاني منها	המסמך/התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת الوثيقة/ الشهادة الطبية المتعلقة بالإصابة التي ذكرتها
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה?  
 هل عانيت في الماضي من إعاقات أو آلام مشابهة لتتي ذكرتها في اللائحة؟

לא

נעם, فصل כ, פרט:

**חזרה לעבודה העودة إلى العمل**

6

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה? هل عدت إلى العمل بعد الإصابة؟

נעם – عدت إلى نفس العمل כ - חזרתי לאותה העבודה

נעם – عدت إلى عمل آخر. فصل כ - חזרתי לעבודה אחרת. פרט

\_\_\_\_\_   
 اسم صاحب العمل وعنوانه שם המעביד וכתובתו

\_\_\_\_\_   
 تاريخ العودة إلى العمل תאריך החזרה לעבודה

لم أعد إلى العمل – أذكر السبب לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה

**שליטה בשפה העברית إجادة اللغة العبرية**

7

أنا لا أجيد اللغة العبرية. أنا أتحدث اللغة אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר \_\_\_\_\_

سأصل إلى اللجنة مع مرافق يتكلم اللغة العبرية לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית

لن أصل إلى اللجنة مع مرافق يتكلم اللغة العبرية לוועדה לא אגיע עם מלווה דובר עברית



**הצהרה / תצהיר**

אני החתום מטה, מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן 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.

אני המועד אודנה אצרח בן כל התפאסיל התי קדמתה פי זהא הלה ולחקתה סחיכה וקאמלה.

אערה אנה ופקא לקאנון התאמין הוطني, פאין אי שחש יודי באלغש או ען מערה אל דיפע מخصصات ופקא להזהא הקאנון, או זיادتها, بواسطة إخفاء تفاصيل لها أهمية لهذا الأمر، فإنه يخالف القانون وقد يتعرض لدفع غرامة وسجن.

اعرف ان كل تغيير في احد التفاصيل التي قدمتها في هذا الطلب وملحقاته، يؤثر على استحقاقى لمخصصات او على تراكم دين، وبناء على ذلك ألتزم بالتبليغ عن كل تغيير خلال 30 يوماً.

תאריך התצהיר \_\_\_\_\_ חתימת התובע / תוקיע מקדם הלה \* \_\_\_\_\_

אם התביעה לא חתומה על ידי התובע נא לציין את הסיבה לכך: \_\_\_\_\_ ופרט: \_\_\_\_\_

אם התביעה חתומה על ידי התובע נא לציין את הסיבה לכך: \_\_\_\_\_ ופרט: \_\_\_\_\_

אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא פרט: \_\_\_\_\_

אם התביעה נחתמה על ידי התובע בביטוי אצבע, נא פרט: \_\_\_\_\_

שם החותם אם המועד	כתובת العنوان	מספר זהות رقم الهوية يشمل الرقم الإضافي ס"ב

שם העד לחתימה اسم الشاهد على التوقيع	מספר זהות رقم الهوية يشمل الرقم الإضافي ס"ב

### נספח מלحق

יתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי התנזל عن السريه الطبيه لمؤسسة التأمين الوطنى

حضرة לכבוד

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ המועד אדנא, הויה רמ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_

عضو في صندوق المرضى חבר קופ"ח \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ وأسكن في הגר ב \_\_\_\_\_

أطلب أن تقدموا لمؤسسة التأمين الوطني أو المخول من قبلها، كل المعلومات المتعلقة بمرضي، وضعي الطبي، العلاج الذي يقدم لي، نتائجي و/أو أي معلومة أخرى يطلبونها و/أو أي وثيقة طبية تخصني.

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 אודותי.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_  
إسم الطبيب المعالج \_\_\_\_\_ التوقيع \_\_\_\_\_

יתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי התנזל عن السريه الطبيه لمؤسسة التأمين الوطنى

حضرة לכבוד

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ המועד אדנא, הויה רמ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_

عضو في صندوق المرضى חבר קופ"ח \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ وأسكن في הגר ב \_\_\_\_\_

أطلب أن تقدموا لمؤسسة التأمين الوطني أو المخول من قبلها، كل المعلومات المتعلقة بمرضي، وضعي الطبي، العلاج الذي يقدم لي، نتائجي و/أو أي معلومة أخرى يطلبونها و/أو أي وثيقة طبية تخصني.

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 אודותי.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_  
إسم الطبيب المعالج \_\_\_\_\_ التوقيع \_\_\_\_\_



ייתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי התנזל על הסריה الطبيه لمؤسسه التأمين الوطني،

حضرة לכבוד

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

אطلب أن تقدموا لمؤسسة التأمين الوطني أو المخول من قبلها، كل المعلومات المتعلقة بمرضي، وضعي الطبي، العلاج الذي يقدم لي، نتائجه و/أو أي معلومة أخرى يطلبونها و/أو أي وثيقة طبية تخصني.  
מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה  \_\_\_\_\_  
إسم الطبيب المعالج \_\_\_\_\_ التوقيع

ייתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי התנזל על הסריה الطبيه لمؤسسه التأمين الوطني،

حضرة לכבוד

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

אطلب أن تقدموا لمؤسسة التأمين الوطني أو المخول من قبلها، كل المعلومات المتعلقة بمرضي، وضعي الطبي، العلاج الذي يقدم لي، نتائجه و/או أي معلومة أخرى يطلبونها و/או أي وثيقة طبية تخصني.  
מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה  \_\_\_\_\_  
إسم الطبيب المعالج \_\_\_\_\_ التوقيع