



תביעה לצרוף דרגות נכות מעבודה עקב נכות כתוצאה מפגיעה בעבודה طلب لدمج درجات العجز الناتج عن إصابة عمل

חובה לצרוף לטופס זה

يجب أن ترفق/ي لهذه الاستمارة

- ✎ תעודות רפואיות וסיכומי מחלה ממוסדות רפואיים או מרופאים שטפלו בך בשנה האחרונה.
- ✎ شهادات طبية وتقارير مرضية من مؤسسات طبية أو أطباء قاموا بمعالجتك خلال السنة الأخيرة.
- ✎ 12 תלושי שכר של השנה האחרונה לפני הגשת התביעה.
- ✎ كشوف الرواتب الإثني عشر للسنة الأخيرة قبل تقديم الطلب.
- ✎ אם חלה החמרה בדרגת הנכות שנקבעה לך, יש להמציא תלושי שכר של שלושת החודשים שקדמו למועד החמרה.
- ✎ إن ساءت درجة العجز التي حدّدت لك، يجب تقديم كشوف الرواتب عن الأشهر الثلاثة التي سبقت لتدهور حالتك.
- ✎ אישור על הפסקת העבודה, אם אינך עובד.
- ✎ تصديق بشأن التوقف عن العمل، إن لم تكن تعمل.

כיצד יש להגיש את התביעה

كيفية تقديم 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.
- ✎ يجب إرسال أو إحضار استمارة الطلب إلى فرع مؤسسة التأمين الوطني القريب من مكان سكنك.
- ✎ للأسئلة والاستفسارات يجب التوجّه عبر هاتف رقم *6050 أو 04-8812345.
- ✎ לידיעתך - על פי חוק, לא תשולם הקצבה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- ✎ لمعلوماتك- وفق القانون، لن يتم دفع المخصصات عن فترة سابقة تتعدى إثني عشر شهراً من تاريخ تقديم الطلب.
- ✎ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.
- ✎ للمزيد من التفاصيل، بالإمكان الاستعانة بموقع الإنترنت التابع لمؤسسة التأمين الوطني www.btl.gov.il

חובה לחתום על טופס התביעה

التوقيع على هذه الاستمارة إلزامي

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

هذه الاستمارة صيغت بالذكور، لكنها موجهة للنساء والرجال على حدّ سواء



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
مؤسسة التأمين الوطني
مديرية المخصصات

חותמת קבלה
ختم الاستلام

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)
ללא־שימוש
הداخلي
فقط
(לلفحص)

מס' זהות / דרכון	
رقم بطاقة الهوية/جواز السفر	
סוג	דפים
המסמך	أوراق
נוע	المستند

עמוד 1 מתוך 5

תביעה לצרוף דרגות נכות מעבודה עקב נכות כתוצאה מפגיעה בעבודה
طلب لدمج درجات العجز الناتج عن إصابة عمل

1 פרטי התובע											
שם פרטי الاسم الشخصي		שם משפחה إسم العائلة		מספר זהות ס"ב رقم بطاقة الهوية رقم المراقبة							
תאריך לידה تاريخ الميلاد		<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> أجير		<table border="1"> <tr> <td>יום اليوم</td> <td>חודש الشهر</td> <td>שנה السنة</td> </tr> </table>		יום اليوم	חודש الشهر	שנה السنة			
יום اليوم	חודש الشهر	שנה السنة									
כתובת (הרשומה במשרד הפנים) العنوان (المسجل في وزارة الداخلية)											
מיקוד الرمز البريدي	יישוב البلدة	דירה شقة	כניסה مدخل	מס' בית رقم المنزل	רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد						
דואר אלקטרוני عنوان البريد الإلكتروني		טלפון נייד الهاتف الخليوي		טלפון קווי الهاتف الأرضي							
		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS <input type="checkbox"/> أوافق على تلقي رسائل نصية قصيرة SMS		<table border="1"> <tr> <td colspan="6">^ </td> </tr> </table>		^					
^											
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה) عنوان المراسلة (إن اختلف عن العنوان المسجل أعلاه)											
מיקוד الرمز البريدي	יישוב البلدة	דירה شقة	כניסה مدخل	מס' בית رقم المنزل	רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد						

פרטי הפגיעות בעבודה

2

תفاصيل إصابات العمل

אחוז נכות نسبة العجز	תאריך פגיעה تاريخ الإصابة			
	שנה السنة	חודש الشهر	יום اليوم	
				1.
				2.
				3.
				4.

פרטי על ליקויים נוספים שאינם קשורים לפגיעות בעבודה שצוינו בסעיף 2 – נא לצרף מסמכים רפואיים
 تفاصيل حول مضاعفات صحية أخرى غير متعلقة بإصابات العمل المذكورة في البند 2- الرجاء إرفاق الوثائق الطبية

3

תאריך התחלה تاريخ البداية	הליקוי / מחלה / מום الضعف/المرض/التشوه	
		1.
		2.
		3.
		4.

גמלאות אחרות המשתלמות לך

4

مخصصات أخرى تدفع لك

מצה"ל. פרט: من جيش الدفاع الإسرائيلي. الرجاء التفصيل:
אחר. פרט: آخر. الرجاء التفصيل:

5

חזרה לעבודה לאחר הפגיעה האחרונה

العودة إلى العمل بعد الإصابة الأخيرة

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

هل عدت إلى العمل بعد الإصابة؟

כן - לאותו מקום עבודה

נעם- إلى مكان العمل ذاته.

כן - למקום עבודה אחר. פרט שם המעביד: _____

כתובתו: _____

נעם- إلى مكان عمل آخر. الرجاء تفصيل إسم المشغل: _____

عنوانه: _____

תאריך החזרה לעבודה
تاريخ العودة إلى العمل

העיסוק
العمل

יום اليوم	חודש الشهر	שנה السنة
--------------	---------------	--------------

לא - ציין את הסיבה _____

כלא- أشر إلى السبب _____

6

פרטים על עבודותיך בשנה שקדמה להגשת התביעה

تفاصيل حول الأعمال الممارسة خلال السنة التي سبقت لتقديم الطلب

יש לרשום כל שינוי במקום העבודה, תפקיד, מעמד והיקף משרה.

يجب الإشارة إلى أي تغيير قد يطرأ على مكان العمل، الوظيفة، المكاة وحجم الوظيفة.

נא לצרף תלושי שכר

الرجاء إرفاق كشوف الرواتب.

סיבת הפסקת העבודה או השינוי سبب التغيير أو التوقف عن العمل	היקף המשרה حجم الوظيفة	תקופת העבודה (תאריכים) فترة العمل (التواريخ)	מקצועך או תפקידך העיקרי מהנך או وظيفتك الرئيسية	המוסד המעביד / המפעל / העסק المؤسسة المشغلة/المصنع/المصلحة
	<input type="checkbox"/> משרה מלאה <input type="checkbox"/> وظيفة كاملة <input type="checkbox"/> משרה חלקית. פרט: _____ מס' שעות בשבוע _____ <input type="checkbox"/> وظيفة جزئية. الرجاء تفصيل: _____ عدد الساعات في الأسبوع _____	מ- _____ מן _____ עד _____ حتى _____		שם _____ الاسم _____ מען _____ العنوان _____
	<input type="checkbox"/> אם חלקית, מהי הסיבה? _____ _____ _____			1. _____ _____ _____

עמוד 4 מתוך 5

	<p>إن كانت الوظيفة جزئية. أشر إلى السبب:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
	<p> <input type="checkbox"/> משרה מלאה <input type="checkbox"/> وظيفة كاملة <input type="checkbox"/> משרה חלקית. פרט: מס' שעות בשבוע _____ <input type="checkbox"/> وظيفة جزئية. الرجاء تفصيل: عدد الساعات في الأسبوع _____ אם חלקית, מהי הסיבה? _____ _____ _____ إن كانت الوظيفة جزئية. أشر إلى السبب: _____ _____ </p>	<p> מ- _____ من _____ עד _____ حتى _____ </p>		<p> שם _____ الاسم _____ מען _____ _____ _____ العنوان _____ _____ </p>	<p>2.</p>
	<p> <input type="checkbox"/> משרה מלאה <input type="checkbox"/> وظيفة كاملة <input type="checkbox"/> משרה חלקית. פרט: מס' שעות בשבוע _____ <input type="checkbox"/> وظيفة جزئية. الرجاء تفصيل: عدد الساعات في الأسبوع _____ אם חלקית, מהי הסיבה? _____ _____ _____ إن كانت الوظيفة جزئية. أشر إلى السبب: _____ _____ </p>	<p> מ- _____ من _____ עד _____ حتى _____ </p>		<p> שם _____ الاسم _____ מען _____ _____ _____ العنوان _____ _____ </p>	<p>3.</p>
<p> האם צמצמת את עבודתך כתוצאה מהפגיעות בעבודה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא هل قمت بتقليص حجم عملك نتيجة لإصابات العمل? <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا </p>					
<p>במה מתבטא הצמצום? (הפסקת שעות נוספות, הקטנת שעות העבודה וכו') _____</p>					
<p>كيف تم التقليص? (التوقف عن العمل لساعات إضافية، تقليل ساعات العمل، الخ...) _____</p>					
<p> ממתי חל הצמצום? _____ منذ متى بدأ التقليص? _____ </p>					

פרטי חשבון הבנק של התובע - תفاصيل حساب البنك التابع لمقدم الطلب

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:
 אطلب بتحويل أي مبلغ أستحقه من مؤسسة التأمين الوطني بشأن هذا الطلب لحساب البنك المفصل أدناه:

שמות בעלי החשבון - أسماء أصحاب الحساب

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

לחבר/ת קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: לחשבון הקיבוץ / המושב לחשבוני הפרטי
 לעזו/ה קייבויטס או קריה תעאונית: אطلب بتحويل الدفعة: لحساب الكيبوتس/القرية لحسابي الشخصي

אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. שם _____ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.

אנא המוק אדנא, שريك في حساب البنك التابع لحامل بطاقة هوية رقم _____ الإسم _____
 ألتزم باستخدام مبلغ المنحة الذي سيحوّل إلى الحساب، لمصلحة متلقي المنحة.

סוג הקרבה שלי לתובע הגמלה: בן/בת זוג הורה בן/בת אח/אחות אחר: _____
 صلة القرابة التي تربطني بمقدم طلب تلقي المخصصات: زوجة والدة ابنة شقيقة آخر:

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתיים ממע
 טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך
 תקופת הזכאות ובין לאחריה.

ألتزم بإبلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أي تغيير قد يطرأ على هوية الشركاء في حساب البنك و/أو المفوضين في الحساب، والحصول
 على توقيعهم على استمارة حثلنة الحساب. أوافق بأن يقوم البنك من حين إلى آخر بتزويد مؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، بتفاصيل
 الشركاء والمفوضين، وذلك خلال فترة الاستحقاق أو بعدها.

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 כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

أوافق على قيام البنك بإعادة الأموال المودعة في حسابي لمؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، وذلك في حال قامت المؤسسة بتحويل
 مبلغ ما إلى حسابي بالخطأ أو بشكل غير قانوني، سواء كان كاملاً أو جزئياً. كما ويجوز للبنك تزويد المؤسسة بتفاصيل الأشخاص
 الذين قاموا بسحب الأموال.

תאריך التاريخ	חתימת מקבל התשלום توقيع متلقي الدفعة	חתימת/חתימות השותפים לחשבון توقيع/تواقيع الشركاء في الحساب
------------------	---	---

הצהרה

תסריח

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
 أنا الموقع أدناه مقدم طلب المنحة وأصرح بهذا بأن جميع التفاصيل التي قدمتها ضمن هذا الطلب وملاحقه صحيحة وكاملة.

ידוע לי שסמירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין 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 על או יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

أعلم أن تزويد تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات يخالفان القانون، وأن الشخص الذي يؤدي، بالعلم أو الاحتيال، للمصادقة على دفع
 المخصصات وفق هذا القانون، أو زيادتها عن طريق إخفاء تفاصيل ذات أهمية، سيعاقب بدفع غرامة أو بالسجن.

أعلم أن أي تغيير في أحد تفاصيل هذا الطلب أو ملاحقه قد يؤثر على استحقاقي للمخصصات أو على تراكم دين، لهذا ألتزم بالتبليغ عن
 أي تغيير خلال 30 يوم

תאריך التاريخ	חתימת התובע	תوقيع مقدم الطلب
------------------	-------------	------------------