



חותמת הסניף
 ותאריך קבלה
 ختم الفرع
 وتاريخ الاستلام

תביעה לקביעת דיון מחדש בדרגת נכות עקב שינוי בהכנסות
طلب لتحديد تداول مجدد حول درجة العجز بسبب تغيير في المدخولات

אני הח"מ תובע בזאת להגדיל את דרגת נכותי עקב ירידה בהכנסותי כתוצאה מהפגיעה בעבודה מתאריך _____
 انا الموقع ادناه اطلب رفع درجة عجزى بسبب انخفاض في مدخولاتى نتيجة إصابة في العمل بتاريخ _____

פרטי התובע:
 تفاصيل مقدم الطلب :

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	תאריך לידה تاريخ الولادة	מספר זהות رقم الهوية סייב الإضافי
<input type="checkbox"/> שכיר اجير		<input type="checkbox"/> עצמאי مستقل	

כתובת מגורים:
 عنوان السكن :

רחוב الشارع	מספר בית رقم البيت	כניסה المدخل	דירה الشقة	יישוב البلدة	מיקוד منطقة رقم
מספר טלפון رقم الهاتف	מספר טלפון נייד رقم الهاتف الخليوي	כתובת דואר אלקטרוני عنوان البريد الالكتروني			

שכיר
 اجير

פרטי המעסיק
 تفاصيل صاحب العمل (المشغل)

הסיבות לירידה בהכנסות:
 اسباب انخفاض المدخولات :

לא חזרתי לעבודה לאחר הפגיעה
 لم اعد للعمل بعد الإصابة

שבתי לעבוד ולאחר מכן הפסקתי לעבוד מסיבה _____
 عدت للعمل ثم توقفت عن العمل بسبب _____

החלפתי מקום עבודה מסיבה _____
 غيرت مكان عملي بسبب _____

החלפתי תפקיד מסיבה _____
 غيرت الوظيفة بسبب _____

צמצמתי את היקף המשרה מסיבה _____
 قلصت حجم الوظيفة بسبب _____

הפסקתי לעבוד שעות נוספות
 توقفت عن عمل ساعات إضافية

הערות נוספות
 ملاحظات إضافية



עצמאי
مستقل

העסק בבעלותי שותפות
אנא صاحب الشركة العمل لدي شريك
אני מעסיק עובדים כן לא
אנא اشغل عمال نعم لا

אינני עובד מסיבה
לא אعمل بسبب

צמצמתי את פעילותי עקב הפגיעה
قلصت عملي جراء الإصابة

הערות נוספות
ملاحظات إضافية

אני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שנמסרו על-ידי בתביעה זו הינם נכונים, ידוע לי כי פרטים לא נכונים או העלמות נתונים, מהווים עבירה על החוק.
אנא אصرח بهذا أن جميع التفاصيل التي قدمتها في هذا الطلب صحيحة, أعلم أن تقديم تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معلومات يعتبر مخالفة للقانون.

תאריך
التاريخ

חתימה
التوقيع

אם התביעה לא חתומה בידי התובע, נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומספר זהותו.
אם התביעה נחתמה בתביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.
إن لم يوقع مقدم الطلب عليه, الرجاء ذكر سبب ذلك, اسم الموقع, عنوانه ورقم هويته.
إذا وقع الطلب ببصمة الإصبع, يجب ذكر اسم الشاهد على التوقيع ورقم هويته.

מסמכים שיש לצרף לתביעה:

1. אישור המעסיק על תקופת העסקה ושכר, המצורף לתביעה. לחילופין: 12 תלושי שכר של השנה האחרונה להגשת התביעה.
2. אישור על הפסקת עבודה אם אינך עובד.
3. המלצות מרופא תעסוקה.
4. הודעה על צמצום העבודה / היקף המשרה.
5. הודעת פיטורין.

الوثائق التي يجب ارفاقها للطلب:

1. تصريح صاحب العمل عن فترة العمل والأجر, المرفق بالطلب. أو: 12 قسيمة راتب للسنة الأخيرة التي تسبق تقديم الطلب.
2. تصريح عن التوقف عن العمل إن لم تكن تعمل حالياً.
3. توصيات من طبيب في مجال العمل.
4. تبليغ عن تقليص العمل \ حجم الوظيفة.
5. تبليغ فصل من مكان العمل .



פרטי המעסיק
تفاصيل المشغل - صاحب العمل

שם המעסיק اسم المشغل	מספר תיק ניכויים رقم ملف الخصم الضريبي	מספר טלפון رقم هاتف
רחוב شارع	מספר בית رقم البيت	מספר פקס رقم الفاكس
	ישוב البلدة	
	מיקוד ميكود	

פרטים על העבודה והשכר ב- 12 החודשים האחרונים שקדמו למועד התביעה:
تفاصيل عن العمل والأجر خلال 12 شهراً الأخيرة التي سبقت موعد تقديم الطلب:

חודש ושנה الشهر والسنة	שכר ברוטו חייב בדמי ביטוח* الأجر غير الصافي الملزم برسوم تأمين	אחוז המשרה نسبة الوظيفة	מס' ימי עבודה בחודש عدد ايام العمل في الشهر	סיבה السبب	מס' ימים عدد الايام
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

* יש לציין מלוא ההכנסה החייבת בדמי ביטוח, אלמלא המקסימום.
يجب تسجيل جميع المدخولات الملزمة برسوم تأمين, إلا في حالة بلوغ الحد الأقصى

הצהרת המעסיק:
تصريح المشغل - صاحب العمل :

אני מצהיר/ה בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו/ה של העובד/ת.
اصرح بأنني قدمت جميع التفاصيل المتعلقة بعمل العامل \ ة .

תאריך
التاريخ
חתימת החותם ותפקידו
توقيع صاحب الختم ومنصبه

חתימת וחותמת המעסיק / המפעל
توقيع وختم صاحب العمل \ المصنع