

המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות

סיעוד

مؤسسة التأمين الوطني

ادارة المخصصات

تمريض



בל/ 92600

תביעה לגמלת סיעוד
طلب لتلقي مخصصات تمريض

הטופס מיועד למילוי על ידי התובע, בן משפחה או מכר ולא על ידי חברה נותנת שירותי סיעוד. تتم تعبئة الطلب من قبل مقدم الطلب أو أحد أفراد العائلة أو المعارف وليس من قبل شركة تقدم خدمات التمريض.

תובע נכבד, קביעת הזכאות לגמלת הסיעוד נקבעת על ידי "הערכת תלות", "מבחן הכנסות" ותנאים נוספים. מידע מלא על גמלת הסיעוד ועל התנאים המזכים לקבלתה ניתן למצוא באתר המוסד לביטוח הלאומי www.btl.gov.il. عزيزي مقدم الطلب, يتم تحديد استحقاق الحصول على مخصصات تمريض من خلال "تقييم اتكالية" و- "فحص دخل" وشروط أخرى. يمكن الحصول على معلومات كاملة عن مخصصات التمريض وشروط الحصول عليها على موقع مؤسسة التأمين الوطني www.btl.gov.il.

בהערכת התלות נבדקת מידת התלות של התובע בעזרת הזולת בפעולות היום ומידת הצורך שלו בהשגחה. הערכת התלות תתאפשר במספר דרכים:

עند تقييم الاتكالية, يتم فحص درجة اتكالية مقدم الطلب بمساعدة الآخرين في الأنشطة اليومية ومدى حاجته للإشراف. تقييم الاتكالية ممكن بعدة طرق:

הערכת מידת התלות שתיקבע על סמך המידע שנמסר במכתב סיכום רפואי עדכני חתום על ידי רופא מטפל, רופא מומחה או סיכומי אשפוז ומכתבים רלוונטיים נוספים. ניתן לצרף מידע רלוונטי שנמסר מגורמים מטפלים נוספים: אח המרפאה, פיזיותרפיסט, עובד סוציאלי וכיו"ב. **ראה הנחיות בנספח א'**. ייתכן ותערך שיחת טלפון להשלמת המידע. تقييم درجة الاتكالية التي سيتم تحديدها بناءً على المعلومات المقدمة في ملخص طبي محدث موقع من قبل طبيب معالج أو طبيب متخصص أو ملخصات الاستشفاء ومستندات أخرى ذات صلة. يمكن إرفاق المعلومات ذات الصلة المقدمة من قبل عوامل علاجية أخرى: ممرض العيادة, أخصائي العلاج الطبيعي, الأخصائي الاجتماعي, إلخ. **راجع التعليمات في ملحق أ'**. قد تجرى مكالمة هاتفية لاستكمال المعلومات. הערכת תלות בבית התובע המבוצעת על ידי מעריך מוסמך מטעם הביטוח הלאומי. המעריך יתאם מועד לביצוע ההערכה לאחר קבלת התביעה והמסמכים הרפואיים. אם קיימת ירידה קוגניטיבית אצל התובע, על בן משפחה או אפוסטרופוס להיות נוכח בדיקה. **במצב זה יש למלא את סעיף 6 בטופס.**

תقييم اتكالية الذي يتم في بيت مقدم الطلب من قبل مقيم مؤهل من قبل مؤسسة التأمين الوطني. يقوم المقيم بتنسيق موعد التقييم بعد استلام الطلب والتقارير الطبية. يجب أن يتواجد أحد أفراد العائلة أو الوصي في موعد التقييم إذا كان هناك تدهور في المستوى العقلي لدى مقدم الطلب. **في هذه الحالة يجب تعبئة بند رقم 6 للاستمارة.**

הערכת תלות לבני 90 ומעלה שתבוצע על ידי רופא מומחה בגריאטריה **ללא עלות** במסגרת עבודתו במוסד רפואי ציבורי. למען הסר ספק, אין לבצע בדיקה במסגרת הביטוח המשלים (שב"ן) או במסגרת פרטית, לרבות שר"פ בבית חולים. **ראה נספח ב'.**

تقييم اتكالية لأشخاص بسن 90 عامًا وأكثر, والذي يجري مجانًا من قبل أخصائي طب شيخوخة في إطار عمله في مؤسسة طبية عامة. لتبديد الشك, يمنع إجراء الفحص في إطار التأمين التكميلي أو في الإطار الخاص, يشمل الخدمات الطبية الخاصة في المستشفيات. **أنظر ملحق ب.**

לצורך בדיקת העמידה שלך במבחן הכנסות ובתנאים הנוספים נדרשים:
فحص امثالك لفحص الدخل والشروط الإضافية يُطلب تقديم:

אישורי הכנסות שלך ושל בן/בת זוג מכל המקורות (**למעט** קצבאות ביטוח לאומי, אישורי ביטוח סיעודי פרטי ואישורי רנטה או כל קצבה לניצולי שואה ונרדפי הנאצים) לשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעת החודשים שקדמו לחודש הגשת תביעה.

تصديقات الدخل الخاص بك وبزوجك / زوجتك من جميع المصادر (باستثناء مخصصات التأمين الوطني وتصديقات تأمين تمريض وتصديقات رنتا أو أي مخصصات للناجين من المحرقة وأولئك الذين اضطهدهوا من قبل النازيون) لمدة ثلاثة أشهر متتالية من أصل أربعة الأشهر التي سبقت موعد تقديم الطلب.

אם הגשת תביעה ב-12 החודשים האחרונים, אין צורך להמציא מחדש אישורי הכנסות.
إذا قدمت طلب في آخر 12 شهرًا، فلا داعي لإعادة تقديم تصديقات الدخل مرة أخرى.

עצמאי – אנא בדוק עם מחלקת הגבייה בסניף שההכנסות בביטוח לאומי הינן על בסיס שומה עדכנית.
אם היית עצמאי והפסקת את פעילותך, יש לוודא שהתיק בגבייה נסגר על מנת לא לפגוע בך בעת ביצוע מבחן הכנסות לגמלת סיעוד.

מستقل – תאكد مقابل قسم الجباية في الفرع بأن دخل التأمين الوطني يعتمد على تقييم ضريبية محدث.
إذا كنت مستقل وتوقف عملك، فيجب عليك التأكد من إغلاق ملف الجباية حتى لا يضر ذلك بك عند إجراء فحص الدخل لمخصصات التمريض.

פנסיה מחו"ל – אנא צרף דו"ח שומה עדכני.

معاش تقاعدي من خارج البلاد – يرجى إرفاق تقرير ضريبية محدث.

בעל הכנסה משכר דירה – אנא צרף חוזה שכירות עדכני.

صاحب دخل من إيجار شقة – يرجى إرفاق عقد إيجار محدث.

ייתכן ויידרשו אישורי הכנסות של 12 החודשים האחרונים או טופס 106.

قد تطلب تصديقات دخل لآخر 12 شهرًا أو استمارة 106.

אם אתה מתגורר בבית אבות/מוסד/משפחתון, תמלא הנהלת המקום את האישור המופיע בסעיף 12. מי שמתגורר במוסד בקיבוץ ימלא סעיף 14 בטופס.

إذا كنت تعيش في بيت مسنين/مؤسسة/حاضنة، يتوجب على إدارة المكان تعبئة التصديق الذي يظهر في بند 12. أولئك الذين يعيشون في مؤسسة كيبوتس عليهم تعبئة بند 14 من الاستمارة.

כיצד יש להגיש את התביעה كيفية تقديم الطلب

לצורך קבלת מידע על גמלת הסיעוד והסבר על מילוי טופס התביעה, ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד, בו מופיע סרטון הדרכה, או לפנות למחלקת הייעוץ לאזרח הוותיק ומשפחתו בסניפי המוסד לביטוח לאומי, בטלפון *9696.

تستطيع الاستعانة بموقع الانترنت للحصول على شرح ومساعدة بتعبئة استمارة طلب مخصصات التمريض حيث يظهر فيديو ارشاد أو بإمكانك التوجه لقسم استشارة للمسن في فروع مؤسسة التأمين الوطني هاتف رقم *9696.

את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:

تستطيع تقديم الطلب مع المستندات الإضافية في إحدى الطرق التالية:

- למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
تعبئة الطلب إلكترونيًا على موقع التأمين الوطني www.btl.gov.il وإرساله عبر الانترنت مع المستندات الإضافية لفرع التأمين الوطني التابع لمكان سكنك.
- למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
تعبئة الطلب خطيًا ومسحه ضوئيًا مع المستندات الإضافية ومن ثم إرساله بواسطة موقع الانترنت/إرسال مستندات.
- לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
إرساله بواسطة البريد، فاكس أو وضعه في صندوق الخدمة المتواجد في الفرع الموجود في مكان سكنك.

מידע נוסף معلومات إضافية

לא ניתן לקבל בו זמנית גמלת סיעוד וגמלה אחרת מטעם המדינה עבור שירותי סיעוד, כגון קצבת שירותים מיוחדים.
لا يمكن تلقي مخصصات تمريض ومخصصات أخرى من الدولة مقابل خدمات التمريض، مثل مخصصات الخدمات الخاصة.

באפשרותך לפנות לפקיד השומה במס הכנסה באזור מגוריך לשם בחינת זכאותך לפטור ממס הכנסה.
يمكن التوجه الى موظف الضريبة في ضريبة الدخل في منطقة إقامتك لفحص استحقاقتك لإعفاء من ضريبة الدخل.

ניתן לעקוב אחר הטיפול בתביעתך באזור האישי באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי.
يمكن متابعة معالجة طلبك في المنطقة الشخصية على موقع انترنت مؤسسة التأمين الوطني.

חובה לחתום על טופס התביעה التوقيع على الاستمارة الطلب إلزامي

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד
كُتبت هذه الاستمارة بصيغة مذکر لكنّها موجهة للنساء والرجال على حدّ سواء

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון סוג המסמך 1 דפים	חותמת קבלה

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד
مؤسسة التأمين الوطني
ادارة المخصصات
التمريض



תביעה לגמלת סיעוד
طلب لتلقي مخصصات التمريض

תאריך תביעה
تاريخ الطلب

יום	חודש	שנה
יום	شهر	سنة

1 פרטי התובע

1 تفاصيل مقدم الطلب

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מין الجنس <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מספר זהות رقم الهوية ס"ב الرقم الاضافي
-------------------------	-------------------------	---	---

מצב משפחתי
الحالة الاجتماعية

רווקה
 אלמנה
 פרודה
 נשואה
 גרושה
 ידועה בציבור
 أعزب/عزباء أرمل/ة منفصلة/ة متزوجة/ة مطلقة/ة شريك/ة حياة معروف/ة علنا

טלפון קווי هاتف أرضي	טלפון נייד هاتف محمول	דואר אלקטרוני: بريد الكتروني:
-------------------------	--------------------------	----------------------------------

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:
إذا لم يكن الهاتف المحمول أو البريد الإلكتروني يخصك – يرجى إتمام التفاصيل التالية:

שם משפחה של איש קשר اسم العائلة	שם פרטי של איש קשר الاسم الشخصي	קשר לתובע علاقة مع مقدم الطلب	מס' זהות של איש קשר رقم الهوية ס"ב الرقم الاضافي
------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	---

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. אرفض استلام الرسائل التي تشمل معلومات شخصية عبر القنوات الرقمية (رسائل نصية (SMS), البريد الإلكتروني) بدلا من البريد العادي. لعلمك، إذا لم تُشير "أنا أرفض"، سيتم إرسال رسائل التأمين الوطني عبر القنوات الرقمية وفقا للمعلومات التي قدمتها.

שפות דיבור
لغات الحديث

1. _____ 2. _____

פרטי התובע – המשך
تفاصيل مقدم الطلب – تكملة

כתובת מגורים:
عنوان السكن:

כתובת המגורים הרשומה במשרד הפנים
عنوان السكن المسجل في وزارة الداخلية

במוסד (אנא ראה סעיפים 12-14)
في المؤسسة (راجع بنود 12-14)

כתובת אחרת אצל מי: שם _____ קרבה _____
لدى من: الاسم _____ القرابة _____
عنوان آخر

רחוב/תא דואר شارع/صندوق بريد	מס' בית رقم المنزل	כניסה المدخل	דירה الشقة	יישוב البلدة	מיקוד رمز بريدي

כתובת למשלוח דואר (ימולא רק אם בן משפחה/אפוטרופוס מבקש לשלוח מכתבים לכתובת שונה מהכתובת בה נמצא התובע
كعت)

عنوان لإرسال البريد (يتم تعبئته فقط إذا طلب أحد أفراد العائلة/الوصي إرسال رسائل إلى عنوان مختلف عن العنوان الذي يتواجد فيه مقدم الطلب الان)

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية ס"ב الرقم الاضافي	רחוב/תא דואר شارع/صندوق بريد	מס' בית رقم المنزل	כניסה المدخل	דירה الشقة	יישוב البلدة	מיקוד رمز بريدي

תעודת עיוור
بطاقة كفيف

האם ברשותך תעודת עיוור? לא כן
هل تملك بطاقة كفيف? لا نعم

האם התחלת בתהליך לקבלת תעודת עיוור? לא כן
هل بدأت عملية الحصول على بطاقة كفيف? لا نعم

מה הסיבה להגשת התביעה?

2

ما هو سبب تقديم الطلب؟

פרט את הסיבה להגשת התביעה ותאר את השינוי במצבך התפקודי (ניידות, הלבשה, רחצה, אכילה וטיפול בהפרשות) והקוגניטיבי (צורך בהשגחה למניעת סכנה בשל בעיות קוגניטיביות). פרט מהי העזרה לה אתה זקוק בבית.
فصل سبب تقديم الطلب وصف التغيير في حالتك الوظيفية (التنقل، ارتداء الملابس، الاستحمام، الأكل والتعامل مع الإفرازات) والإدراك (الحاجة إلى إشراف لمنع الخطر بسبب مشاكل إدراك). فصل المساعدة التي تحتاجها في المنزل.

3

הגשת תביעה לפני אשפוז או במהלך אשפוז

تقديم طلب قبل الدخول الى المستشفى أو خلال المكوث في المستشفى

לפני אשפוז, תאריך האשפוז המתוכנן _____
قبل الدخول الى المستشفى, التاريخ المخطط للدخول الى المستشفى

במהלך אשפוז, שם בית החולים: _____
أثناء المكوث في المستشفى, اسم المستشفى:

מחלקה: _____
القسم:

תאריך שחרור מתוכנן: _____
تاريخ الخروج المتوقع:

4

פרטים על בן/בת זוג

تفاصيل حول الزوج/ة

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية ס"ב الرقم الإضافي

5

האנשים הגרים עם התובע

الأشخاص اللذين يسكنون مع مقدّم الطلب

האם מתגוררים אנשים נוספים עם התובע? לא כן
هل هناك أشخاص يسكنون مع مقدّم الطلب؟ لا نعم

אם כן נא למלא: الرجاء تسجيل الأسماء:

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	ת"ז رقم الهوية	יחס קרבה نوع القرابة
		ס"ב الرقم الإضافي	
		ס"ב الرقم الإضافي	

6

בן/בת משפחה או אפוטרופוס – להשלמת מידע ולתיאום ביקור בית של מעריך תלות או עובד סוציאלי

فرد عائلة أو وصي – لإتمام المعلومات وتنسيق زيارة بيتية من قبل مقيم الاتكالية أو العامل الاجتماعي

על האפוטרופוס לצרף אישור על מינוי אפוטרופוס
يجب على الوصي إرفاق تصديق عن تعيين وصي

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	הקשר לתובע العلاقة لمقدم الطلب
טלפון קווי رقم الهاتف	טלפון נייד الهاتف المحمول	

נא לציין אם מעוניין להיות נוכח בעת הביקור כן לא
سجل رجاء إذا كنت معني بالتواجد خلال موعد الزيارة
نعم لا

בחירת שירותים או כסף
اختيار خدمات أو مال

7

אם תימצא זכאי לגמלת סיעוד ברמה ראשונה, באפשרותך לבחור אחת מ-4 אפשרויות:
إذا كنت مستحقًا للحصول على مخصصات تمريض من المستوى الأول، يمكنك اختيار أحد الخيارات الأربعة:

קצבה בסך 1,408 ₪

מخصصات במبلغ 1,408 ₪

5.5 יחידות בשבוע שניתן להשתמש בהן לטיפול אישי בבית, מרכז יום, משדר מצוקה, שירותי כביסה ומוצרי ספיגה (ללא כסף).

5.5 وحدات أسبوعية يمكن استخدامها للرعاية الشخصية في المنزل والمركز النهاري وجهاز إرسال استغاثة وخدمات غسيل والمنتجات الماصة (مجانا).

5.5 יחידות שירות בשבוע שניתן להשתמש בהן כשילוב של מגוון שירותי סיעוד וגמלת כסף.

5.5 وحدات خدمة أسبوعية يمكن استخدامها كدمج بين مجموعة متنوعة من خدمات التمريض ومخصصات مالية.

9 יחידות שירות בשבוע שניתן להשתמש בהן למגוון שירותים ללא קצבה בכסף וללא טיפול אישי בבית.
9 وحدات خدمة أسبوعية يمكن استخدامها لمجموعة متنوعة من الخدمات دون مخصصات مالية ودون رعاية شخصية في المنزل.

לתשומת ליבך, ברמות זכאות אחרות האפשרויות לבחירה אחרות.

يلفت الانتباه، أنه في مستويات الاستحقاق الأخرى، تختلف إمكانيات الاختيار.

במקרים בהם יש הפחתה בגין הכנסות גבוהות, יופחתו השעות/יחידות השירות ב-50% מערכן.
في حال خفضها بسبب دخل مرتفع، يتم تخفيض ساعات/وحدات الخدمة بنسبة 50% من قيمتها.

8

פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי
تفاصيل حول دعوى تعويضات ضد طرف ثالث

האם התלות בזולת כולה או מקצתה נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים? כן לא
هل كان الاتكال على الآخرين كله أو جزء منه ناتجًا عن حادث سيارة؟
נعم לא
האם התלות בזולת נגרמה כתוצאה מאירוע תאונתי אחר (רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר וכד')?
هل كان الاتكال على شخص آخر نتيجة لحادث آخر (إهمال، السقوط على الطريق أو من ارتفاع، اعتداء، إصابة من عامل آخر، إلخ)؟

לא כן, אגא פרט: **חובה לענות על שאלות אלו**
لا نعم، فصل: **الإجابة على الأسئلة التالية إلزامي**

תאריך התאונה: _____ מקום התאונה: _____
تاريخ الحادث: _____ مكان الحادث: _____

נסיבות אירוע התאונה: _____
ظروف وقوع الحادث: _____

האם נמסרה הודעה למשטרה?
هل تم تبليغ الشرطة؟

לא כן, לתחנת המשטרה ב: _____ מס' תיק: _____
لا نعم، محطة الشرطة في: _____ رقم ملف: _____

כתובת תחנת המשטרה: _____
عنوان محطة الشرطة: _____

האם הגשת או תגיש תביעה לפיצוי נזיקין? לא כן, בתאריך: _____
هل قدمت أو ستقدم دعوى لتعويضات أضرار؟ لا نعم، في تاريخ: _____

מיהו הנתבע: _____ מס' התיק: _____
من المدعى عليه: _____ رقم الملف: _____

עורך הדין המייצג אותך בתביעה:
المحامي الذي يمثلك في الدعوى:

שם: _____ טלפון: _____ טלפון נייד: _____
الاسم: _____ الهاتف: _____ الهاتف المحمول: _____

כתובת: _____
عنوان: _____

האם קיבלת פיצוי נזיקין בגין התאונה?
هل تلقيت تعويضات أضرار مقابل الحادث؟

טרם קיבלתי פיצוי קיבלתי פיצוי לא קיבלתי
لم أتلق تعويضات بعد تلقيت تعويضات لم أتلق

בסך: _____ מאת: _____ בתאריך: _____
بمبلغ: _____ من: _____ في تاريخ: _____

9

פרטי הכנסות בשלושה חודשים רצופים מתוך הארבעה שקדמו לתאריך הגשת התביעה

تفاصيل الدخل في الأشهر الثلاثة المتواصلة من الأشهر الأربعة الأخيرة قبل تاريخ تقديم الطلب

- סמן ✓ בטור המתאים, אם יש הכנסה מהארץ או מחו"ל וגם אם אין הכנסה, מהמקורות המפורטים בטבלה (פרט לקצבאות ביטוח לאומי).
- أشرب ✓ في الخانة المناسبة، إذا كان هناك دخل من البلاد أو خارج البلاد وحتى لو لم يكن دخل من المصادر المسجلة في الجدول (باستثناء مخصصات التأمين الوطني).
- צרף אישורים מתאימים בעבור מקורות ההכנסה שציינת עבורך ועבור בן/בת הזוג. أرفق التصديقات المناسبة عن مصادر الدخل التي سجلتها بالنسبة لك ولزوجك/زوجتك.
- אם הינך חבר קיבוץ, אנא פרט על כל הכנסה המפורטת מטה שמקורה מחוץ לקיבוץ בו הינך חבר. إذا كنت عضوًا في كيبوتس، فصل رجاءً كل المدخولات المسجلة أدناه والتي مصدرها من خارج الكيبوتس الذي تنتمي إليه.

הכנסות בן/בת זוג دخل الزوج/ة			הכנסות תובע دخل مقدم الطلب		
יש يوجد	אין لا يوجد	מקור المصدر	יש يوجد	אין لا يوجد	מקור المصدر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה שכירה عمل كأجير נא לצרף 3 תלושי שכר אחרונים يرجى ارفاق قسائم الراتب الثلاث الأخيرة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה שכירה عمل كأجير נא לצרף 3 תלושי שכר אחרונים يرجى ارفاق قسائم الراتب الثلاث الأخيرة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה עצמאית عمل مستقل ראה הערה לעצמאים בעמוד 1 راجع ملاحظة للمستقلين في صفحة 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה עצמאית عمل مستقل ראה הערה לעצמאים בעמוד 1 راجع ملاحظة للمستقلين في صفحة 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פנסיה מעבודה تقاعد من العمل פנסיה מחו"ל ראה הערה בעמוד 1 تقاعد من خارج البلاد راجع ملاحظة في صفحة 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פנסיה מעבודה تقاعد من العمل פנסיה מחו"ל ראה הערה בעמוד 1 تقاعد من خارج البلاد راجع ملاحظة في صفحة 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קצבה סוציאלית מחו"ל مخصصات اجتماعية من خارج البلاد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קצבה סוציאלית מחו"ל مخصصات اجتماعية من خارج البلاد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שכר דירה إيجار شقة ראה הערה בעמוד 1 راجع ملاحظة في صفحة 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שכר דירה إيجار شقة ראה הערה בעמוד 1 راجع ملاحظة في صفحة 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	משרד הביטחון وزارة الدفاع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	משרד הביטחון وزارة الدفاع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמולים אחרים مخصصات أخرى	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמולים אחרים مخصصات أخرى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הכנסה אחרת, פרט: _____ دخل آخر، فصل:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הכנסה אחרת, פרט: _____ دخل آخر، فصل:

לצורך בדיקת זכאותך לקצבה, ייתכן שנפנה באופן יזום למעסיקך, לרבות כאלו שהיו לך או שהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב) אם אינך מסכים, ציין זאת: אני התובע מסרב אני בן זוג התובע (נשוי/ידוע בציבור) מסרב. לכך שתפנו לקבל את נתוני ההכנסות באופן דיגיטלי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי. لغرض فحص استحقاقك لمخصصات، قد نتوجه بمبادرتنا الى أصحاب عملك، بما في ذلك أولئك الحاليين أو المستقبليين، لتلقي بيانات ذلك رقميًا (بشكل محوسب). إذا كنت لا توافق، اذكر ذلك: أنا مقدم الطلب أرفض أنا زوج/ة مقدم الطلب (متزوج/شريك/ة حياة معروف علنًا) أرفض أن تتوجهوا لتلقي معلومات رقمية (بشكل محوسب) حول مدخولاتي. أعلم أنه نظرًا لرفضتي، سيتعين علي تقديم تصديقات وقسائم راتب بنفسني إلى التأمين الوطني لغرض فحص استحقاقي.

10 הוצאות קבועות: החזקה במוסד, תשלום דמי מזונות, תשלום שכר דירה
المصاريف الثابتة: مكوث في مؤسسة، دفع نفقة، دفع إيجار شقة

יש לצרף אישורים לשלושה חודשים מתוך ארבעת החודשים שקדמו לחודש הגשת התביעה.
يجب إرفاق تصديقات مقابل ثلاثة أشهر متتالية من الأشهر الأربعة التي سبقت تاريخ تقديم الطلب.

לשימוש המוסד לביטוח לאומי لاستخدام مؤسسة التأمين الوطني	סכום הוצאה לחודש مبلغ المصروف الشهري				התשלום בעבור (ציין שם יחס קרבה לתובע) الدفع مقابل (أشر الى الاسم وعلاقة القرابة مع مقدم الطلب)	סוג הוצאה (ציין את הסוג המתאים) نوع المصروف (أشر الى النوع الملانم)
סה"כ הוצאות ל-3 חודשים מجموع المصاريف في الأشهر الثلاثة	_____	_____	_____	_____	_____	החזקה במוסד المكوث في مؤسسة
	_____	_____	_____	_____	_____	דמי מזונות دفع نفقة
	_____	_____	_____	_____	_____	שכר דירה* إيجار شقة*

*ימלא רק מי שיש לו הכנסה מהשכרת דירה אחרת – אלא צרף חוזה שכר דירה ו/או נכס עדכני וחתום, בגין כל נכס (במידה ויש יותר מנכס אחד)

*ייענה מ לדיה דחל מן إيجار شقة أخرى – يرجى إرفاق عقد إيجار شقة و/أو عقار محدث وموقع لكل عقار (إن وجد أكثر من عقار واحد)
הערה: לתשומת לב בעלי הכנסה מהשכרת דירה המתגוררים בדירור מוגן – נא להמציא אישור מהדירור המוגן על מרכיב הוצאות הדירור בלבד בתשלום החודשי. סכום הוצאה זו ינוכה מהכנסות שכר הדירה. הסכום שינוכה לא יעלה על שיעור שכר הדירה. הניכוי יבוצע רק לאחר המצאת האישור.
ملاحظة: نود لفت انتباه أصحاب دخل من إيجار شقة والساكنين في نزل محمي – أنه يجب إرفاق تصديق من النزل المحمي عن مصروف السكن فقط المدفوع شهريا. سيتم خصم هذا المبلغ من دخل إيجار الشقة. المبلغ الذي سيتم خصمه لن يزيد عن مبلغ إيجار الشقة. ينفذ الخصم فقط بعد تقديم التصديق.

11 קבלת תשלום או שירותים בעבור טיפול אישי או עזרה בבית ממשרד הביטחון
تلقي مال أو خدمات مقابل رعاية شخصية أو مساعدة ببيتية من وزارة الدفاع:

לא מקבל
لا أتلقى

מקבל:
أتلقى مساعدة:


תשלום כספי
مساعدة مالية

שירותים
خدمات

12

מגורים במוסד או בבית אבות – אם התובע גר במוסד (אישור זה ימלא המוסד או בית האבות)

المكوث في مؤسسة أو بيت المسنين – إذا كان مقدم الطلب يسكن في مؤسسة (تتم تعبئة هذا التصريح من قبل المؤسسة أو من بيت المسنين)

<p>תאריך כניסה تاريخ الدخول</p>  <p>שנה سنة</p> <p>חודש شهر</p> <p>יום يوم</p>	<p>התובע שוהה במוסדנו – שם המוסד: يسكن مقدم الطلب في مؤسستنا – اسم المؤسسة:</p>
<p>טלפון هاتف</p>	<p>כתובת המוסד عنوان المؤسسة</p>
<p>המוסד פועל ברישיון: <input type="checkbox"/> משרד העבודה והרווחה تحمّل المؤسسة رخصة من: وزارة العمل والرفاه</p> <p>התובע נמצא במחלקה: <input type="checkbox"/> סיעודית <input type="checkbox"/> לתשושים يتواجد في قسم: التمريض الضعفاء</p> <p><input type="checkbox"/> אחרת, פרט: _____ آخر، فصل:</p>	
<p>המוסד הוא תאגיד <input type="checkbox"/> בבעלות ציבורית (ע"ר) <input type="checkbox"/> בבעלות פרטית <input type="checkbox"/> المؤسسة هي تنظيم بملكية عامة (جمعية مسجلة) بملكية خاصة</p>	
<p>אישור המוסד/בית האבות تصديق المؤسسة/بيت المسنين</p>	
<p>תאריך: _____ שם מנהל המוסד: _____ تاريخ: اسم مدير المؤسسة:</p> <p>חותמת המוסד: _____ توقيع المؤسسة:</p> <p>חתימת מנהל המוסד * _____ توقيع مدير المؤسسة</p>	

13

השתתפות משרד הרווחה במימון השהות בבתי אבות

מיועד למי שמתגורר במחלקת תשושים או עצמאיים בבית אבות

مشاركة وزارة الرفاه بتمويل المكوث في بيت المسنين

מخصص למי יעیش פי קסם الضعاف أو المستقلين פי بيت المسنين

אני לא מקבל קוד מימון ממשרד הרווחה
لا ألتقى رمز تمويل من وزارة الرفاه

אני מקבל קוד מימון ממשרד הרווחה – אנא המצא אישור על גובה ההשתתפות העצמית מהרשות המקומית.
ألتقى رمز تمويل من وزارة الرفاه – يرجى تقديم تصديق بمبلغ المشاركة الذاتية من السلطة المحلية.

מוסד בקיבוץ

מיועד למי שמתגורר במוסד בקיבוץ

مؤسسة في كيبوتس

14

מخصص لمن يعيش في مؤسسة في الكيبوتس

התובע נמצא ב: מחלקה ברישיון משרד הבריאות מחלקה ברישיון משרד הרווחה
مقدم الطلب متواجد في: قسم مرخص من قبل وزارة الصحة قسم مرخص من قبل وزارة الرفاه

בית משפחתי לחברי הקיבוץ ובני משפחותיהם
بيت عائلي لأعضاء الكيبوتس وأفراد عائلاتهم

מעמד התובע: חבר הקיבוץ מועדל
حالة مقدم الطلب: عضو في كيبوتس

דייר אחר, פרט אם בן משפחה של חבר הקיבוץ:
مقيم آخر، فصل اذا ما كان قريب عائلة لعضو كيبوتس

מר/גב' _____ יחס הקרבה _____
السيدة/السيد علاقة القرابة _____

מתאריך _____ חתימת המוסד בקיבוץ _____
منذ تاريخ توقيع المؤسسة في الكيبوتس _____

פרטי חשבון בנק

אבקש להעביר כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

تفاصيل حساب البنك

15

أطلب تحويل جميع الدفعات التي أستحقها من مؤسسة التأمين الوطني مقابل هذا الطلب لحسابي الذي تظهر تفاصيله أدناه:

שמות בעלי החשבון اسماء اصحاب الحساب		שם הסניף/כתובתו اسم الفرع/عنوانه	מספר חשבון رقم الحساب

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: לחשבון הקיבוץ/המושב לחשבוני הפרטי
لعضو كيبوتس أو قرية تعاونية: أطلب تحويل الدفعة: لحساب الكيبوتس/القرية لحسابي الخاص

ברשותי חשבונות בנק נוספים לא כן, בנק _____ סניף _____ מס' חשבון _____
بحوزتي حسابات بنك إضافية لا نعم، بنك فرع رقم الحساب

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 הפרטים של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל, וכי היא עליי להמציאם לפי דרישה.

أوافق أن يقوم 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.

أوافق بأن تتوجه المؤسسة للبنك المذكور أعلاه، بواسطة الاتصالات المحوسبة، لغرض التحقق من ملكيتي لحساب البنك كما صرحت أعلاه وأن يزود البنك المذكور أعلاه و/أو الموظف الذي ينوب عنه للمؤسسة المعلومات الضرورية لهذا الغرض. بالتبادل، أدرك أن المؤسسة تستطيع طلب مستندات وتصديقات إضافية من أجل التحقق من تفاصيل حساب البنك المصرح عنه أعلاه ويجب علي تقديمها حسب الطلب.

תאריך _____ חתימת מקבל התשלום _____
تاريخ توقيع متلقي الدفعة _____

הצהרת התובע או מגיש התביעה
تصريح صاحب الطلب أو مقدم الطلب

16

אני, החתום מטה, תובע גמלת סיעוד, ומצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, 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.

כמו כן, אני מצהיר בזאת כי פרט להכנסות שצוינו לעיל אין לתובע או לבן/בת זוג/ה הכנסות נוספות.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות עליו להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

□ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

أنا الموقع أدناه مقدم طلب لمخصصات ترميض أصرح بهذا أن جميع التفاصيل التي قدمت ضمن هذا الطلب وملاحقه صحيحة وكاملة. أعلم أن تزويد تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات تعتبر مخالفة للقانون، وأن الشخص الذي يسبب، بالعلم أو الاحتياي، بالمصادقة 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.

كما وألتزم بإبلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أي سفر إلى خارج البلاد لفترة تتعدى ثلاثة أشهر.

أصرح أيضا بأنه لا يوجد أي دخل لمقدم/ة الطلب أو زوجته/زوجها عدا عن الدخل المذكور أعلاه.

أعلم بأنه يجب إبلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أي تغيير قد يطرأ في تفاصيل الاتصال لدي. في حال عدم تحديث تفاصيل الاتصال فسيتم إرسال المعلومات عبر القنوات التي سجلتها في هذا الاستمارة.

□ أوافق بهذا على تحويل المعلومات الخاصة بي إلى الجهات تمنح مزايا.

x

חתימת התובע / מקבל הגמלה / מגיש התביעה
توقيع صاحب الطلب / منلقي المخصصات / مقدم الطلب

שם פרטי ומשפחה
الاسم الشخصي والعائلة

תאריך
تاريخ

יש למלא אם מגיש התביעה אינו התובע:

يجب تعبئة هذا البند إذا قدم الطلب شخصا آخر غير صاحب الطلب:

טלפון קווי رقم الهاتف		טלפון נייד الهاتف المحمول				הקשר לתובע العلاقة مع صاحب الطلب
רחוב شارع	מספר בית رقم المنزل	כניסה המדخل	דירה الشقة	יישוב البلدة	מיקוד رمز بريدي	

אם קיים אפוטרופוס, יש לצרף צו מינוי אפוטרופוס.
إذا كان هناك وصي، يجب إرفاق أمر تعيين الوصي.

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד
مؤسسة التأمين الوطني
إدارة المخصصات
تمرير



נספח א'
הנחיות לכתיבת מכתב סיכום רפואי
מלحق א'
ارشادات לكتابة ملخص طبي

אנא הצג לרופא
الرجاء عرضه على الطبيب

על מנת לשקול אפשרות ביצוע הערכה תפקודית על סמך מידע רפואי, ללא ביקור מעריך, מומלץ לצרף לתביעה מכתב סיכום רפואי מהרופא המטפל.

للنظر في إمكانية إجراء تقييم وظيفي اعتماداً على المعلومات الطبية بدون زيارة المقيم، يوصى بإرفاق ملخص طبي من الطبيب المعالج الى الطلب.

ניתן לצרף במכתב מידע שנמסר מגורמים מטפלים נוספים, כגון: אח המרפאה, פיזיותרפיסט, עובד סוציאלי, רופאים מומחים ועוד.

يمكن إضافة معلومات أخرى للملخص الطبي من قبل معالجين آخرين مثل: ممرض العيادة، معالج وظيفي، عامل اجتماعي، أطباء مختصين وما شابه.

במכתב סיכום רפואי רצוי שיופיעו הפרטים הבאים:

يفضل شمل التفاصيل التالية في الملخص الطبي:

- **סיבת ההפניה לביטוח לאומי**
سبب التوجه للتأمين الوطني
- **נתונים דמוגרפים:** גר לבד, עם משפחה, תנאי דיור וסביבת מגורים, עיסוק ופעילות שגרתית של הנבדק.
بيانات ديموغرافية: يسكن لوحده، مع العائلة، ظروف السكن وبيئة السكن، العمل والممارسة الروتينية للمريض.
- **מידע רפואי עדכני:** המחלות העיקריות מהם סובל החולה, אשפוזים, ניתוחים, נפילות, אירועים מסכני חיים, הפרעות בשמיעה או לקות ראייה.
מידע רפואי עדכני: המחלות העיקריות מהם סובל החולה, אשפוזים, ניתוחים, נפילות, אירועים מסכני חיים, הפרעות בשמיעה או לקות ראייה.
- **מعلومات طبية محدثة:** الأمراض الأساسية التي يعاني منها المريض، مكوث في المستشفى، عمليات جراحية، سقوط، أحداث قد تهدد حياته، اضطرابات سمع أو ضعف بصر.
מعلومات طبية محدثة: الأمراض الأساسية التي يعاني منها المريض، مكوث في المستشفى، عمليات جراحية، سقوط، أحداث قد تهدد حياته، اضطرابات سمع أو ضعف بصر.
- **הערות נוספות המתייחסות ל:**
ملاحظات إضافية تتعلق ب:
 - **תיאור מפורט של התסמינים הקליניים העלולים להשפיע על יכולת התפקוד של החולה בחיי היום יום (ADL) בבית, לדוגמה:** תלונות על כאב, חולשה, קוצר נשימה, בצקות, רעד, מצב תזונתי. אצל חולים הסובלים מתנדודות במצב התפקודי, יש לציין את המאפיינים של התנדודות.
ADL) בבית, לדוגמה: תלונות על כאב, חולשה, קוצר נשימה, בצקות, רעד, מצב תזונתי. אצל חולים הסובלים מתנדודות במצב התפקודי, יש לציין את המאפיינים של התנדודות.
 - **وصف مفصل عن الأعراض السريرية التي قد تؤثر على القدرة الوظيفية للمريض في الحياة اليومية (ADL) في البيت, مثل:** شكاوى عن ألم، ضعف، ضيق في التنفس، وذمة، رعشة، حالة التغذية. يجب تسجيل مميزات التقلبات لدى المرضى الذين يعانون من تقلبات في الحالة الوظيفية.
وصف مفصل عن الأعراض السريرية التي قد تؤثر على القدرة الوظيفية للمريض في الحياة اليومية (ADL) في البيت, مثل: شكاوى عن ألم، ضعف، ضيق في التنفس، وذمة، رعشة، حالة التغذية. يجب تسجيل مميزات التقلبات لدى المرضى الذين يعانون من تقلبات في الحالة الوظيفية.
 - **תיאור מפורט של יכולת הניידות של הנבדק:** יכולת הקימה וההליכה, יציבות בהליכה, טווח תנועה, חסרים ניורולוגים, סימני מאמץ, יכולת להשלים פעולה ברצף, שימוש באביזרי עזר וכולי.
תיאור מפורט של יכולת הניידות של הנבדק: יכולת הקימה וההליכה, יציבות בהליכה, טווח תנועה, חסרים ניורולוגים, סימני מאמץ, יכולת להשלים פעולה ברצף, שימוש באביזרי עזר וכולי.
 - **אם הנבדק נמצא בקבוצת סיכון לנפילות מומלץ לצרף תוצאות מבחן Timed Up and Go.**
אם הנבדק נמצא בקבוצת סיכון לנפילות מומלץ לצרף תוצאות מבחן Timed Up and Go.
 - **وصف مفصل عن القدرة على التنقل:** القدرة على النهوض والمشي، ثبات في المشي، نطاق الحركة، مشاكل أعصاب، علامات إجهاد، القدرة على إتمام العمل بشكل متواصل، استخدام معذات مساعدة وما شابه.
وصف مفصل عن القدرة على التنقل: القدرة على النهوض والمشي، ثبات في المشي، نطاق الحركة، مشاكل أعصاب، علامات إجهاد، القدرة على إتمام العمل بشكل متواصل، استخدام معذات مساعدة وما شابه.
 - **إذا كان المريض ينتهي لفئة المعرضون لخطر السقوط يوصى إرفاق نتائج فحص Timed Up and Go.**
إذا كان المريض ينتهي لفئة المعرضون لخطر السقوط يوصى إرفاق نتائج فحص Timed Up and Go.
- **תוצאות בדיקות אבחון מקובלות ותוצאות כלים אבחוניים ניורופסיכולוגים לבעלי מגבלה קוגניטיבית (cognitive screening tools).**
تنتج فحوصات التشخيص المتبعة ونتائج التشخيصات النفسية والعصبية لأصحاب الإعاقة العقلية (cognitive screening tools).

- טיפולים מיוחדים ותרופות.
علاجات خاصة وأدوية.
- מסגרות טיפוליות כגון אשפוז יום, אשפוז בית, הוספיס בית.
أطر علاجية مثل مكوث في المستشفى، استشفاء منزلي، رعاية بيتية.
- תקופת המוגבלות – הערכה בדבר שיפור במצב הנבדק, ואם כן תוך כמה זמן.
فترة الإعاقات – تقييم لتحسن في وضع المريض، إذا كان من المتوقع حصول تحسن في حالته فيجب تسجيل الموعد المتوقع.

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	
סוג המסמך	דפים
8	

המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות

סיעוד

مؤسسة التأمين الوطني

مديرية المخصصات

التمريض



נספח ב' מיועד לבני 90+ בלבד

הערכה תפקודית של רופא מומחה

בגריאטריה לבני 90+

ملحق ب مخصص لسن 90+ فقط

تقييم الأداء الوظيفي من طبيب مختص بطب

شيخوخة لسن 90+

בדיקת רופא מומחה בגריאטריה היא ללא עלות בעבור התובע ואין לבצעה בזמן אשפוז. הערכת תפקוד בפעולות היום יום על ידי רופא מומחה בגריאטריה אפשרית למי שמלאו לו 90 שנה ויותר.

לרופא – אנא הקף בעיגול כל סעיף, במקום המתאים על פני הרצף. על הציון לבטא צורך בעזרה שהנבדק זקוק לה בדרך כלל, הן מסיבות של מגבלה מוטורית והן מסיבות של מגבלה מנטלית.

נמק את מסקנתך לגבי התפקוד בסעיף, ציין את הסיבה הרפואית ופרט אם התרשמת מהדגמה, מתצפית או מדיווח.

האם סובל מעיוורון מוחלט? (לפחות 3/60 בשתי העיניים או שדה ראייה עד 19 מעלות, או קיימת תעודת עיוור)

לא כן

1. ניידות – יש להתייחס לתנועה בתוך הבית בלבד

7	6	5	4	3	2	1
מרותק לכיסא/למיטה, תלוי לחלוטין באדם אחר	נייד בעזרת מכשיר או בלעדיו, אך זקוק לעזרת אדם אחר, או זקוק להכונה בשל חוסר הבנה או עיוורון, או עצמאי בשימוש בכיסא גלגלים כולל מעברים	עצמאי בלי העזרה של אדם אחר	עצמאי בלי העזרה של אדם אחר	עצמאי בלי העזרה של אדם אחר	עצמאי בלי העזרה של אדם אחר	עצמאי בלי העזרה של אדם אחר

נמק את מסקנתך

2. נפילות

7	6	5	4	3	2	1
נופל בתדירות גבוהה לפחות אחת לשבוע ואינו קם לבדו	נופל בתדירות נמוכה, כפעם בחודש בממוצע בשלושת החודשים האחרונים, ואינו קם לבדו, או נפל פעמיים בחודש האחרון ואינו קם לבדו	נופל בתדירות נמוכה, כפעם בחודש בממוצע בשלושת החודשים האחרונים, ואינו קם לבדו, או נפל פעמיים בחודש האחרון ואינו קם לבדו	נופל בתדירות נמוכה, כפעם בחודש בממוצע בשלושת החודשים האחרונים, ואינו קם לבדו, או נפל פעמיים בחודש האחרון ואינו קם לבדו	נופל בתדירות נמוכה, כפעם בחודש בממוצע בשלושת החודשים האחרונים, ואינו קם לבדו, או נפל פעמיים בחודש האחרון ואינו קם לבדו	נופל בתדירות נמוכה, כפעם בחודש בממוצע בשלושת החודשים האחרונים, ואינו קם לבדו, או נפל פעמיים בחודש האחרון ואינו קם לבדו	נופל בתדירות נמוכה, כפעם בחודש בממוצע בשלושת החודשים האחרונים, ואינו קם לבדו, או נפל פעמיים בחודש האחרון ואינו קם לבדו

נמק את מסקנתך

3. הלבשה

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה בלבישת מכנסיים, חולצה, פרטזה, הכוונה צמודה בשל חוסר הבנה	זקוק לסיוע או לדרבון קל בהלבשה (לכפתר, לגרוב גרביים, לבחור בגד, אביזר אורטופדי)	זקוק לסיוע או לדרבון קל בהלבשה (לכפתר, לגרוב גרביים, לבחור בגד, אביזר אורטופדי)	זקוק לסיוע או לדרבון קל בהלבשה (לכפתר, לגרוב גרביים, לבחור בגד, אביזר אורטופדי)	זקוק לסיוע או לדרבון קל בהלבשה (לכפתר, לגרוב גרביים, לבחור בגד, אביזר אורטופדי)	זקוק לסיוע או לדרבון קל בהלבשה (לכפתר, לגרוב גרביים, לבחור בגד, אביזר אורטופדי)	זקוק לסיוע או לדרבון קל בהלבשה (לכפתר, לגרוב גרביים, לבחור בגד, אביזר אורטופדי)

נמק את מסקנתך

4. רחצה

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה מלאה כולל מסרב בשל חוסר הבנה	עצמאי ברחצת פנים אך זקוק לעזרה פעילה או הכוונה צמודה ברחצת פלג גוף עליון או תחתון	עצמאי ברחצת פנים אך זקוק לעזרה פעילה או הכוונה צמודה ברחצת פלג גוף עליון או תחתון	עצמאי ברחצת פנים אך זקוק לעזרה פעילה או הכוונה צמודה ברחצת פלג גוף עליון או תחתון	עצמאי ברחצת פנים אך זקוק לעזרה פעילה או הכוונה צמודה ברחצת פלג גוף עליון או תחתון	עצמאי ברחצת פנים אך זקוק לעזרה פעילה או הכוונה צמודה ברחצת פלג גוף עליון או תחתון	עצמאי ברחצת פנים אך זקוק לעזרה פעילה או הכוונה צמודה ברחצת פלג גוף עליון או תחתון

נמק את מסקנתך

בדיקת רופא מומחה – המשך

5. אכילה ושתייה

7	6	5	4	3	2	1
תלוי לחלוטין בכל פעולות האכילה כולל שתייה או הזנה מלאכותית, או מסרב בשל חוסר הבנה	זקוק לעזרה בהאכלה (או שתייה)		זקוק לסיוע בנטילת תרופות, סובל מעיוורון מוחלט, אינו מחמם או מגיש לעצמו מנת מזון			אוכל ושותה ללא עזרה כולל חימום והגשת מנת מזון, ללא מאמץ או במאמץ קל

נמק את מסקנתך _____

6. הפרשות

7	6	5	4	3	2	1
אינו שולט בשבי הסוגרים ותלוי לחלוטין בכל הפעולות (ניידות, הלבשה וטיפול בהיגיינה אישית)	משתמש בשירותים/ אביזרים אך זקוק לעזרה בשלוש הפעולות	משתמש בשירותים/ אביזרים אך זקוק לעזרה בשתיים מהפעולות	משתמש בשירותים/אביזרים אך זקוק לעזרה באחת מהפעולות: ניידות, הלבשת חלק תחתון, היגיינה אישית		זקוק לסיוע קל (ריקון בקבוק, החתלה או ליווי בלילה)	עצמאי בכל הקשור לטיפול בהפרשות

נמק את מסקנתך _____

7. השגחה

7	6	5	4	3	2	1
מסכן את עצמו או אפשר להשאירו לבד לפרקי זמן קצרים	מסכן את עצמו או אפשר להשאירו לבד לפרקי זמן קצרים	זקוק להשגחה בביצוע רוב פעולות היום יום ויש ירידה בהבנה ובזיכרון, אך ניתן להשאירו לבד לפרקי זמן מסוימים				אינו מסכן את עצמו או את סביבתו

נמק את מסקנתך. אם מדובר בזקן בעל ירידה קוגניטיבית, אנא פרט את עיקרי הממצאים של הבדיקה הקוגניטיבית.

פרק הזמן למגבלה – אנא סמן אם צפוי שינוי במהלך ששת החודשים הבאים:

צפויה הטבה בעוד _____ חודשים צפויה יציבות צפויה החמרה

הצהרה ופרטי הרופא המומחה בגריאטריה שביצע הערכה זו

1. מילאתי טופס זה על סמך בדיקתי.

פרטי המוסד הרפואי:

שם המוסד הרפואי הציבורי _____ טלפון _____

בחר באחת מהאפשרויות: מילאתי טופס זה על סמך בדיקתי והערכה גריאטרית שערכתי בתאריך _____

מילאתי טופס זה לפי בדיקתי בתאריך _____ ועל סמך הערכה גריאטרית שערך ד"ר _____ בתאריך _____ (נא לצרף את הערכתו)

שם הרופא המומחה בגריאטריה _____ חותמת המוסד הרפואי ציבורי או המרפאה _____

חתימה * _____ חותמת _____

לתשומת לב הרופא המומחה בגריאטריה, מסמך זה אינו תחליף לתדפיס המידע הרפואי של התובע.

רצוי לצרף מכתב המסכם את בדיקתך, כמקובל ביעוץ רפואי, לרבות בעיות הדורשות טיפול, ולהעביר עותק לרופא המטפל כדי לשמור על רצף רפואי.

הצהרת המבוטח או האפוטרופוס

2

تصريح المؤمن أو الوصي

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, או האפוטרופוס של המבוטח, להלן הפרטים האישיים של האפוטרופוס:

אנא המועד אדנא, الذي تظهر تفاصيلي في هذا الطلب، أو الوصي عن المؤمن، فيما يلي التفاصيل الشخصية للوصي:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות _____
اسم العائلة _____ الاسم الشخصي _____ رقم الهوية _____

מוותר על הסודיות הרפואית שלי ו:

أتنازل عن السرية الطبية و:

נותן בזאת את הסכמתי למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי ותוצאותיו, או כל מידע אחר שיידרש על ידם, או כל מסמך רפואי אודותיי.

أمنح موافقتي بموجب هذا على تسليم أي معلومات بخصوص مرضي، وحالتي الطبية، العلاج المقدم لي ونتائجه، أو أي معلومات أخرى تطلبها، أو أي مستند طبي خاص بي إلى مؤسسة التأمين الوطني أو من ينوب عنها.

נותן בזאת את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי למסור לנותן השירותים שיספק לי את שירותי סיעוד, מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.

أمنح موافقتي بموجب هذا لمؤسسة التأمين الوطني على تزويد مزود الخدمة الذي سيوفر لي خدمات التمريض معلومات طبية واجتماعية عني، الضرورية لتقديم العلاج في إطار قانون تأمين التمريض.

נותן בזאת את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי למסור לרשות ההגירה ולקבל ממנה מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.

أمنح موافقتي بموجب هذا لمؤسسة التأمين الوطني على تقديم وتلقي معلومات طبية واجتماعية من سلطة الهجرة عني، الضرورية لتوفير علاج بموجب قانون تأمين التمريض.

נותן בזאת את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי למסור למחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית ולקבל ממנה מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, לרבות מידע על גמלת הסיעוד, לו אקבלה.

أمنح بموجب هذا موافقتي لمؤسسة التأمين الوطني على تسليم دائرة الخدمات الاجتماعية في السلطة المحلية والحصول منها على معلومات طبية واجتماعية، بما في ذلك معلومات عن مخصصات التمريض، التي تلقيتها.

נותן בזאת את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי למסור לקופ"ח שבה אני מבוטח את תוצאות הערכות התלות שתערכנה בגין תביעה זו.

أمنح بموجب هذا موافقتي لمؤسسة التأمين الوطني بتقديم نتائج تقييم الاتكالية التي ستجرى لهذا الطلب لعيادة صندوق المرضى المؤمن به.

לתשומת ליבך: חובה לסמן V לצד כל הסעיפים.

במקרה שבו לא סומן סעיף כלשהו – יוחזר הטופס להשלמה, והטיפול בתביעה יתעכב.

يلفت الانتباه: من الضروري الإشارة ب- V بجانب جميع البنود.

في حالة عدم الإشارة الى أي بند - سيتم إرجاع الاستمارة لاستكمالها، وسيتم تأخير معالجة الطلب.

חתימת המבוטח או האפוטרופוס *

توقيع المؤمن أو الوصي