



**הסכמה להעברת תביעה לגמלת סיעוד באמצעות עו"ס / אחות:**

בית חולים שם עו"ס בי"ח \_\_\_\_\_ מחלקה \_\_\_\_\_  
 מרפאת חוץ  
 קופ"ח מרפאה \_\_\_\_\_ שם העו"ס או האח/ות \_\_\_\_\_  
 הוספיס בית  אחר \_\_\_\_\_

**סוג התביעה:**  רגילה  בשלב טרום – ניתוח יש לצרף העתק ממכתב ההפניה (מרופא המשפחה) לניתוח

**לנשים בלבד:** אם טרם הגעת לגיל 67 ויש לך ליקויים ברגלים, שמגבילים אותך בניידות או שאת מוגבלת לנוע באופן חלקי או בסיוע אמצעי עזר כגון: כיסא גלגלים או קלנועית - יתכן שתהיי זכאית לגמלת ניידות. אם תחליטי להיבדק לעניין ניידות, עלייך לפנות ללשכת הבריאות המחוזית שבאזור מגוריך, למלא טופס בקשה ידני או מקוון – לבדיקה, ולצרף אליו מסמכים רפואיים.

**אם מונה לתובע אפטרופוס, יש לצרף צו אפטרופוסות**

|   |            |  |
|---|------------|--|
| <b>פרטי התובע</b>   |            | <b>1</b>   |
| שם משפחה  |            | שם פרטי  |
| מספר זהות<br>ב"ס  |            |  |
| <b>מצב משפחתי:</b> <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> נשואה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> אלמנה                               |            |  |
| <b>שפות דיבור:</b> _____  |            |  |
| <input type="checkbox"/> התובע מתגורר: <input type="checkbox"/> בכתובת הרשומה במשרד הפנים <input type="checkbox"/> במוסד _____  |            |  |
| <input type="checkbox"/> בכתובת אחרת: _____ אצל: _____ קרבה לתובע: _____  |            |  |
| טלפון קווי  | טלפון נייד | דואר אלקטרוני:   |
| _____   | _____      | _____ @ _____  |
| <input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (מסרונים – sms, דואר אלקטרוני) במקום בדואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי, יישלחו אליך בערוצים הדיגיטליים לפי המידע שמסרת. |            |  |
| <b>כתובת למשלוח דואר</b> (ימולא רק אם בן המשפחה או האפטרופוס מבקש לשלוח מכתבים לכתובת שונה מהכתובת שבה מתגורר התובע)  |            |  |
| שם משפחה  |            | שם פרטי  |
| מספר זהות<br>ב"ס  |            |  |
| רחוב / תא דואר  | מס' בית    | כניסה  |
| _____   | _____      | _____  |
| דירה  | יישוב      | מיקוד  |
| _____   | _____      | _____  |
| <b>תעודת עיוור:</b> האם ברשותך תעודת עיוור? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן   |            | <b>תעודת עיוור:</b> האם פתחת בתהליך לקבלת תעודת עיוור? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן |
| <b>אשפוז מתוכנן:</b> האם מתוכנן אשפוז? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, תאריך אשפוז מתוכנן _____  |            |  |
| <b>פרטים על בן/בת זוג</b>   |            |  |
| שם משפחה  |            | שם פרטי  |
| מספר זהות<br>ב"ס  |            |  |
| <b>האם בן/בת הזוג הגישה תביעה לגמלת סיעוד/ שר"מ או מקבלת גמלת סיעוד/ שר"מ?</b> <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא  |            |  |

**2 האנשים שגרים עם התובע**

2

האם מישהו מתגורר עם התובע?  
 לא  כן. אם כן, נא למלא את פרטיו:

| שם משפחה | שם פרטי | ת"ז | יחס קרבה | האם מקבל, או מתכוון להגיש תביעה לסיעוד, לשירותים מיוחדים או לגמלה אחרת לסייע בפעולות היום יום? |
|----------|---------|-----|----------|--|
|          |         |     |          |  |
|          |         |     |          |  |

**3 איש קשר או אפוטרופוס – להשלמת מידע או אם איש הקשר או האפוטרופוס מבקש שההתקשרות תהיה איתו**

3

|   |            |           |     |
|---|------------|-----------|-----|
| שם משפחה  | שם פרטי    | מספר זהות | ס"ב |
|   |            |           |     |
| טלפון קווי  | טלפון נייד |           |     |
|   |            |           |     |
| נא לציין אם מעוניין להיות נוכח בעת הביקור <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא   |            |           |     |
| <input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. |            |           |     |

4

אם תמָצא זכאי לגמלת סיעוד ברמה 1, תוכל לבחור באחת מ-4 האפשרויות הבאות:  
 קצבה בסך 1,475 ₪;

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

5.5 יחידות שירות בשבוע, שניתן להשתמש בהן בשילוב שירותי סיעוד נוספים וגמלה בכסף.

9 יחידות שירות בשבוע שניתן להשתמש בהן למגוון שירותים, פרט לקצבה בכסף ופרט לטיפול אישי בבית.

לתשומת לבך, ברמות הזכאות האחרות, האפשרויות לבחירה הן אחרות. במקרים שבהם יש הפחתה בגלל הכנסות גבוהות, יופחתו השעות/ יחידות השירות ב 50% מערך.

**5 הצהרה על הכנסות**

5

אני מצהיר שאין לי ולבן/בת זוגי הכנסות פרט ל:  קצבאות מהמוסד לביטוח לאומי,  פנסיה ישראלית,  הכנסות בתור עצמאי  רנטה של ניצולי שואה. במקרים אלה, אין צורך לצרף אישורים.

אני מצהיר שאני  שכיר  ו/או מקבל:  קצבה סוציאלית מחו"ל  הכנסות משכר דירה  הכנסות מתגמולים אחרים;

אני מצהיר שבן/בת זוגי  שכיר  ו/או מקבל:  קצבה סוציאלית מחו"ל  הכנסות משכר דירה  הכנסות מתגמולים אחרים;

**נא לצרף מסמכים על מקורות ההכנסה שציינת**

אני מצהיר שאין לי ולבן/בת זוגי הכנסות כלל.

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר ומפנסיה, לרבות כאלו שהיו לך או שיהיו לך בעתיד. אם אתה מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה:

אני התובע מסרב  אני, בן זוג התובע מסרב (נשוי/ ידוע בציבור)

שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים ולמשלמי הפנסיה שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) על הכנסותיי.

ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי, אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי וזכאות לבן/בת הזוג.

קבלת תשלום או שירותים בעבור טיפול אישי או עזרה בבית ממשרד הביטחון

לא מקבל

מקבל:  תשלום כספי  שירותים

פרטי חשבון בנק

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

|                  |                   |          |            |
|------------------|-------------------|----------|------------|
| שמות בעלי החשבון |                   |          |            |
| שם הבנק          | שם הסניף / כתובתו | מס' סניף | מספר חשבון |

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום:  לחשבון הקיבוץ / המושב  לחשבוני הפרטי

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 הפרטים של מושכי התשלומים.

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

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_  
 חתימת התובע / מקבל הגמלה / מגיש התביעה \* \_\_\_\_\_

פרטים על תביעת נזיקין

- האם התלוצת בזולת כולה או מקצתה נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים?  כן  לא
- האם התלוצת בזולת נגרמה מאירוע תאונתי אחר (רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר וכד')?  לא  כן, נא פרט: חובה לענות על שאלות אלו

תאריך התאונה: \_\_\_\_\_ מקום התאונה: \_\_\_\_\_

נסיבות אירוע התאונה: \_\_\_\_\_

- האם נמסרה הודעה למשטרה?

לא  כן, לתחנת המשטרה ב: \_\_\_\_\_ מס' תיק: \_\_\_\_\_  
 כתובת תחנת המשטרה: \_\_\_\_\_

- האם הגשת או תגיש תביעה לפיצוי נזיקין?  לא  כן, בתאריך: \_\_\_\_\_

מיהו הנתבע: \_\_\_\_\_ מס' התיק: \_\_\_\_\_

- עורך הדין המייצג אותך בתביעה:

שם: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_  
 כתובתו: \_\_\_\_\_

**הצהרת התובע או מגיש התביעה (בשמו)**

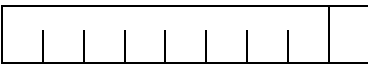

אני החתום מטה תובע גמלת סיעוד ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, היא עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי, כי כל 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 בזה, כי פרט להכנסות שצוינו לעיל אין לתובע או לבן/בת זוג/ה הכנסות נוספות. ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים שאותם ציינתי בטופס זה.

**אם אהיה זכאי להטבות, אני מסכים להעביר את המידע עליי, לגורמים נותני ההטבות.**

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ חתימת התובע / מגיש התביעה\* \_\_\_\_\_

**למלא אם מגיש התביעה אינו התובע:**

| טלפון נייד |       | טלפון קווי |       |         | הקשר לתובע    |
|------------|-------|------------|-------|---------|---------------|
|            |       |            |       |         | רחוב/ תא דואר |
| מיקוד      | יישוב | דירה       | כניסה | מס' בית |               |
|            |       |            |       |         |               |

|  |   |                                    |                   |
|--|---|------------------------------------|-------------------|
| מס' זהות / דרכון<br> |   | לשימוש<br>פנימי<br>בלבד<br>(סריקה) | <b>חותמת קבלה</b> |
| סוג המסמך<br>7   8   | דפים<br> |                                    |                   |

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות



**כתב ויתור על סודיות רפואית**

שם הגמלה: סיעוד

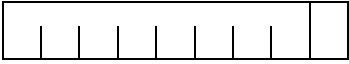
| פרטים אישיים של המבוטח   |  |
|--|--|
| קוד גמלה<br><br><div style="text-align: center; font-size: 2em;">96</div>                        | מספר זהות/דרכון<br>  |
| תאריך תביעה<br> | שם פרטי  |
| שם משפחה   | חבר בקופת חולים: <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____ |

**הצהרת המבוטח או האפוטרופוס**

- אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, או האפוטרופוס של המבוטח, להלן הפרטים האישיים של האפוטרופוס:
- שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_
- מוותר על הסודיות הרפואית שלי ו:
- נותן בזה את הסכמתי למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי אודותיי.
  - נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לנותן השירותים שיספק לי את שירותי הסיעוד, מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.
  - נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לרשות ההגירה ולקבל מרשות ההגירה, מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.
  - נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור למחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית ולקבל מהמחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, לרבות מידע על גמלת הסיעוד, לו אקבלה.
  - נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לקופ"ח שבה אני מבוטח ולקבל ממנה: מידע רפואי וסוציאלי אודותיי הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד ואת התוצאות של הערכות התלות שתערכנה בגין תביעה זו.

ולראייה באתי על החתום

חתימת המבוטח או האפוטרופוס X \_\_\_\_\_

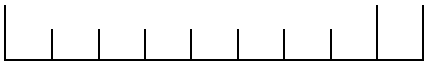

|  |                           |                   |
|--|---------------------------|-------------------|
| מספר זהות / דרכון<br><br>מספר זהות / דרכון<br>סוג המסמך<br>דפים | לשימוש פנימי בלבד (סריקה) | <b>חותמת קבלה</b> |
|--|---------------------------|-------------------|

**ויתור סודיות והרשאה למסירת מידע לעובד הסוציאלי**



### 1 פרטי העובד הסוציאלי

1

|   |                |          |
|---|----------------|----------|
| מספר זהות<br>ס"ב<br> | שם פרטי        | שם משפחה |
| טלפון<br>            | שם הרשות/המוסד |          |

אני מצהיר שלא אעשה כל שימוש לרעה במידע שיימסר לי על ידי נציג המוסד לביטוח לאומי תאריך \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ חתימה ✕ \_\_\_\_\_

### 2 פרטי המבוטח

2

|   |            |  |   |
|---|------------|--|---|
| מספר זהות<br>ס"ב<br> | תאריך לידה | שם פרטי  | שם משפחה  |
| <b>כתובת</b>  |            |  |   |
| מיקוד   | ישוב       | דירה   | מס' בית   |
| דואר אלקטרוני<br>_____@_____  |            | טלפון נייד<br> | טלפון קווי<br> |

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי, יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

### 3 הצהרה

3

אני הח"מ מייפה בזאת את כוחו של העו"ס, שפרטיו רשומים בטופס זה, לקבל בשמי ועבורי מאת המוסד לביטוח לאומי או מאת עובדיו, כל מידע, פרטים ומסמכים המצויים ברשותם והנוגעים אלי בין במישרין ובין בעקיפין לגבי גמלאות בכסף או בעין, ותשלומים אחרים שהגיעו לי, או המגיעים לי, או העשויים להגיע לי מאת המוסד לביטוח לאומי ולגבי תביעות שהגשתי לקבלת גמלאות ותשלומים לרבות סוגי הגמלה, סכום הגמלה, הבסיס לחישובה ומרכיביה, תקופות תשלום ומועדי תשלום יתרות ולזכות ולחובה לגבי גמלאות ותשלומים כאמור, וכן כל מידע שעשוי לסייע לעו"ס לטפל במיציא זכויות במוסד לביטוח לאומי.

כן רשאי העו"ס, שפרטיו רשומים לעיל, לקבל כל מידע ופרטים לגבי הטיפול בתביעתי, לרבות העתקים של כתבי התביעה, שלב הטיפול בתביעה, החלטות שניתנו והמידע ששימש תשתית החלטות. כאמור כולל מידע רפואי, שיקומי או סוציאלי הכלול והכרוך בהם.

אני משחרר ופותר בזה את המוסד לביטוח לאומי או כל עובד מעובדיו מחובת השמירה על סודיות המידע שלפיו כל דין. על כן לא תהיה לי כל טענה ותביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת המידע האמור כלפי המוסד לביטוח לאומי או מי מעובדיו.

תאריך \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח ✕ \_\_\_\_\_