



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> מס' זהות / דרכון </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> סוג המסמך דפים </div> </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
--	---------------------------	------------

מחלקה ראשונה
הסכמה להעברת תביעה
לקצבת ילד נכה באמצעות:

<input type="checkbox"/> תביעה ראשונה
<input type="checkbox"/> החמרה

בית חולים _____
 התפתחות הילד קופ"ח _____ מחוז _____

לידיעתך: חתימתך על הסכמה זו תאפשר לביטוח לאומי לקבוע זכאות מבלי להזמין לבדיקה רפואית ובמסלול טיפול מהיר

1

פרטי הילד

מספר זהות <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between;"> </div>	שם פרטי	שם משפחה
--	---------	----------

2

פרטי מגיש התביעה

מספר זהות <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between;"> </div>	שם פרטי	שם משפחה			
דואר אלקטרוני: _____@_____	טלפון נייד <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between;"> </div>	טלפון קווי <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between;"> </div>			
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:					
מס' זהות איש קשר ס"ב <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between;"> </div>	שם פרטי איש קשר	שם משפחה איש קשר			
<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.					
קרבה אל הילד: <input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> אח/אחות <input type="checkbox"/> סב/סבתא <input type="checkbox"/> אפוטרופוס (יש לצרף צו אפוטרופוס) <input type="checkbox"/> אחר _____					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה במשרד הפנים)					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

פרטי חשבון בנק- במידה ומבקשים להעביר תשלום הקצבה לחשבון שונה מהחשבון אליו מועברת קצבת הילדים- יש למלא סעיף זה

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

אני השותף לחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור הילד שבגינו מוגשת התביעה. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה. 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 פרטיהם של מושכי התשלומים. תאריך _____ חתימת מקבל הגמלה * _____ חתימה/חתימות השותפים לחשבון _____

הצהרה

אני _____ הח"מ, מספר זהות _____ מבקש בזה למסור לביטוח הלאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלת הילד _____ . ת.ז. _____, מצבו הרפואי, הטיפול שניתן לו, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיו. אני הח"מ מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

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

אני מסכים לוועדה בוודאו צ'אט כן לא.

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

תאריך _____ חתימת התובע / מקבל הגמלה או מגיש התביעה* _____