



בקשה לתגמול טיפול רפואי חלקי בשל מצב רפואי מתמשך ע"פ תקנות הנכים (טיפול רפואי), תשי"ד 1954

יש לצרף לטופס זה

- ↪ אישור מרופא מומחה בתחום נכותך המוכרת מפגיעת האיבה, הכולל ממצאים רפואיים ותפקודיים הקובעים שאיבדת את הכושר להשתכר באופן מלא ואתה כשיר לעבוד **במשרה חלקית בלבד** (משרה בשיעור 75% או 50% לתקופה המצוינת באישור הרפואי).
- ↪ נפגע שכיר יציג אישורים ממקום העבודה על היקף משרתו.
- ↪ עצמאי יגיש הצהרה חתומה (בחתימה וחותמת) על ידי עורך דין על ירידה בהיקף משרתו.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ↪ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ↪ לשאלות ובריורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

מידע כללי:

- ↪ **תגמול לנכה שבשל מצבו הרפואי, הנובע מאירוע האיבה, ירדה יכולת ההשתכרות שלו והוא יכול לעבוד בהיקף משרה חלקי בלבד של 50% או 75%.** התגמול לנכה שכיר או עצמאי, והחל מיום 13.10.2021, זכאות גם לנכה שאינו עובד ושנקבע לגביו כי בשל נכותו ומצבו הרפואי, יכול לעבוד בהיקף משרה חלקי בלבד.
- ↪ הזכאות אינה מותנית בהיות הנכה בתקופה של החלמה מטיפולים ועל כן היא יכולה להינתן לתקופה ממושכת.
- ↪ נכה פעולות איבה שנקבע לגביו שהוא יכול לעבוד בהיקף של משרה חלקית **בלבד** זכאי לתגמול שיהיה בסכום קבוע ללא קשר להכנסתו הקודמת ובנוסף לקצבה בגין אחוזי הנכות שלו.
- ↪ לנכה שנקבע לגביו שהוא יכול לעבוד בהיקף של 50% משרה בלבד, ישולם **מחצית** הסכום המינימלי הקבוע בתקנות (פיצוי בעת טיפול רפואי).
- ↪ לנכה שנקבע לגביו כי הוא יכול לעבוד בהיקף משרה של 75%, ישולם סכום שהוא **רבע** מהסכום המינימלי הקבוע בתקנות (פיצוי בעת טיפול רפואי).

חשוב לדעת:

- ↪ התגמול ישולם מיום בקשת הנכה, ולא ישולם לתקופה קודמת לבקשה.

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף נפגעי פעולות איבה

בקשה לתט"ר חלקי
בשל מצב רפואי מתמשך

מס' זהות / דרכון <input type="text"/>		פיצול <input type="text"/>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
סוג המסמך <input type="text"/>	דפים <input type="text"/>			

1 פרטי הנפגע

1

שם משפחה	שם פרטי	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מספר זהות ס"ב <input type="text"/>
תאריך לידה <input type="text"/>	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמנ/ה <input type="checkbox"/> גרוש/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> ידוע/ה בציבור		
כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני: <input type="text"/> @ <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:			
שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב <input type="text"/>	
<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.			
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני: <input type="text"/> @ <input type="text"/>	

2

2 בקשה לתגמול טיפול רפואי חלקי

יש לציין את תאריך התקופה המבוקשת:

מיום	עד יום
<input type="text"/>	<input type="text"/>

יש לסמן את היקף היכולת התעסוקתית כמפורט באישור הרופא:

<input type="checkbox"/> בשיעור 50%	<input type="checkbox"/> בשיעור 75%
-------------------------------------	-------------------------------------

- אני מבקש תגמולים בשל ירידה ביכולת ההשתכרות עקב מצבי הרפואי שמפגיעת האיבה.
- אני מתחייב להודיע כאשר מצבי הרפואי ישתפר ויתאפשר לי לעלות את היקף משרתי.
- אני מתחייב להודיע על כל שינוי בהיקף משרתי.
- לא קיבלתי שכר או פיצוי אחר בעבור צמצום כושר התעסוקה שלי למשרה חלקית.
- ידוע לי שאם קיבלתי שכר מלא בתקופה בו ירד היקף המשרה שלי, ניתן להעביר את התגמול למעסיק שלי בכפוף למילוי טופס דרישתו להחזר (רצ"ב טופס דרישה בעמוד 6)

תאריך: _____ חתימת המצהיר ✕ _____

3

פרטי מעסיק לעובד שכיר (חלק זה ימולא על ידי עובד שכיר שמועסק במשרה חלקית)
יש להוסיף אישור מהמעסיק על היקף המשרה.

שם המעסיק					מס' תיק ניכויים						
_____					_____						
תאריך התחלת עבודה			תאריך תחילת עבודה במשרה חלקית			טלפון מעסיק / משאבי אנוש					
_____			_____			_____			_____		
כתובת											
רחוב/תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה		ישוב		מיקוד	
_____		_____		_____		_____		_____		_____	

4

פרטי חשבון הבנק אליו יועברו התשלומים

שמות בעלי החשבון			

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו		מספר חשבון
_____	_____		_____
שם	מס' סניף	מספר חשבון	
_____	_____	_____	

אני השותף בחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקו לחשבון, עבור מקבל הגמלה.
אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי כח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטיהם של השותפים בחשבון ומיופי הכח, במהלך תקופת הזכאות ואחריה.
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 פרטיהם 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 השותף: _____ מספר ת.ז. _____ חתימה _____

5

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם 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 ובנספחיה, 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.
ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך לביטוח לאומי.
 אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

תאריך _____ חתימת התובע / מקבל הגמלה _____

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף נפגעי פעולות איבה
כתב ויתור סודיות רפואית



שם הגמלה: איבה

1 פרטים אישיים

1

תאריך אירוע	תאריך תביעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
			13
יום חודש שנה	יום חודש שנה		
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 _____			

2 הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה 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 או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח x _____

הצהרת המעסיק

לכבוד:
פקיד תביעות
מחלקת נפגעי פעולות איבה
סניף _____

1 פרטי העסק

שם המעסיק		טלפון המעסיק		מס' תיק ניכויים	
פרטי חשבון בנק (יש לצרף אסמכתא מהבנק לאימות פרטי חשבון הבנק)					
שם הבנק		שם הסניף/כתובת		מס' חשבון	
כתובת					
רחוב/תא דואר		מס' בית		מיקוד	

2 פרטי הנפגע

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>		תאריך הפגיעה ____/____/____		מספר זהות ס"ב	
טלפון של איש קשר					
הננו מאשרים כי הנ"ל עובד במשרה חלקית בשיעור של _____ (אחוזי משרה בפועל)					
מתאריך		עד תאריך			

3 הצהרה

אנו מאשרים כי העובד _____ ת.ז. _____ עובד במשרה חלקית בשל מצבו הרפואי ונכות האיבה שלו בתאריכים שפורטו לעיל.

שולם על ידינו שכר עבודה גם עבור היקף המשרה שנעדר.

ידוע לנו כי ההחזר יעשה על פי סכום הקובע בחוק ולא על פי שכרו של הנפגע, ושלא נוכל לדרוש החזר בעבור סכומים ששולמו על ידינו להטבות סוציאליות לטובת הנפגע, בעבור היקף המשרה שנעדר.

במידה ושולם שכר על חשבון ימי מחלה / חופשה העובד יזוכה עם קבלת הדרישה להחזר מביטוח לאומי.

את סכום הדרישה יש להעביר לפקודת _____ לפי פרטי החשבון הרשומים לעיל.

תאריך: _____ שם מלא ותפקיד בחברה: _____ חתימה וחותמת * _____