

בל/ 90200



לצפייה בסרטון הסבר על  
מילוי הטופס ולמיצוי זכויות  
יש לסרוק את הברקוד  
למחאה מקטע וידאו ישרח כיפיה  
מלء النموذج وممارسة حقوقك،  
يجب مسح الرمز الشريطي

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות מעבודה  
מؤسسة التأمين الوطني  
إدارة المخصصات  
عجز من العمل



## תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה طلب تحديد درجة عجز من العمل ودفع مخصصات عجز من العمل

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.  
לא ימکن تقديم طلب إلا من قبل شخص تمت الموافقة على طلبه لبدل إصابة بسبب الحادث.

### הגשת תביעה לנכות מעבודה تقديم طلب لعجز من العمل

גמלת נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה.  
על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשלום לו קצבה חודשית או מענק, לפי  
הוראות החוק.

**שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.**  
تُدفع مخصصات العجز من العمل لمن تم الاعتراف به كمصاب في العمل من قبل مؤسسة التأمين الوطني، ومن تيفت لديه عجز بسبب الإصابة.  
يجب أن يمثل المؤمن عليه أمام لجنة طبية التي ستحدد درجة إعاقته، وبالتالي تدفع له مخصصات شهرية أو منحة، وفق أحكام القانون.  
يلفت الانتباه، أنه حتى إذا عدت إلى العمل أو لم تتغيب عن العمل، يمكنك تقديم طلب لمخصصات عجز من العمل.

### חובה לצרף לטופס זה يجب إرفاق الآتي إلى هذا النموذج

- ✎ מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.  
وثيقة طبية من الطبيب المختص الذي عالجت في صندوق التأمين الصحي أو في المستشفى، لأي إعاقة أو مشكلة طبية تشير إليها في نموذج الطلب والتي لم تبلغ التأمين الوطني بها بعد.
- ✎ אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין יפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לצרף טופס בל/73: "יפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".  
إذا كنت ممثلًا من قبل محامٍ، يجب طلب إدخال توكيل رسمي من المحامي عبر نظام الممثلين في المخصصات على موقع التأمين الوطني. إذا كان غير قادر على القيام بذلك، أو في حال محاسب أو مستشار ضريبي، أرسل إلينا نموذج بל/73: "وكالة وتنازل عن سرية لوكيل في مسائل المخصصات".
- ✎ אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.  
تصديقات حسب ما هو مطلوب في نموذج الطلب.

## כיצד יש להגיש את התביעה كيفية تقديم الطلب

- יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.  
يجب ملء الطلب وفقاً للتعليمات الواردة فيه ويجب إرفاق التصديقات الإضافية كما هو مطلوب في الطلب.
- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:  
يمكن تقديم الطلب مع المستندات الإضافية بالطرق التالية:
  - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il) ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.  
ملأ بياناتك بشكل إلكتروني على موقع التأمين الوطني [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il) وارساله عبر الإنترنت مع الوثائق الإضافية إلى الفرع المعالج.
  - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.  
ملأ يدوياً، ومسحه ضوئياً مع المستندات الإضافية، وارساله عبر موقع الإنترنت/ارسال مستندات.
  - לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.  
الإرسال عبر البريد أو الفاكس أو وضعه في صندوق خدمة فرع حسب محل الإقامة.
- לשאלות וביירוים ניתן להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).  
لأسئلة والاستفسارات يمكن الاتصال بمركز الاتصال الهاتفي \*6050 أو 04-8812345، أو التوجه إلينا عبر موقع انترنت التأمين الوطني [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

על פי חוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.  
بموجب القانون، يمكن فحص إمكانية دفع مخصصات لمدة 12 شهراً قبل موعد تقديم الطلب كحد أقصى.

## לידיעתך! لعلمك!

- לאחר הגשת התביעה תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימונך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.  
بعد تقديم الطلب، يتم استدعائك لفحص من قبل لجنة طبية. لن يكون استدعائك للجنة ممكناً إلا بعد تقديم المستندات الطبية لجميع الإعاقات التي ستفصلها في بند 5.
- באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית, ללא תשלום, במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון \*2496.  
يمكنك الحصول على خدمات الاستشارة والتحضير للجنة الطبية مجاناً في مركز "ياد ميكافينت". لتحديد موعد، اتصل على هاتف \*2496.
- מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים לצורך מיצוי זכויות.  
يتم إرسال معلومات حول المستفيدين من مخصصات العجز من العمل إلى جهات مختلفة بغرض ممارسة الحقوق.
- לשאלות וביירוים ניתן להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/ יצירת קשר.  
لأسئلة والاستفسارات يمكن الاتصال بالمركز الهاتفي \*6050 أو 04-8812345، أو التوجه إلينا عبر موقع الإنترنت/ اتصل بنا.
- מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/ קצבאות והטבות/ נכות מעבודה.  
تظهر المعلومات الموسعة حول مخصصات العجز من العمل على موقع التأمين الوطني/ مخصصات والمزايا/ عجز من العمل.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד  
تمت صياغة هذا النموذج بالذكر ولكنه موجه للنساء والرجال على حد سواء

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

**חותמת קבלה**

**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
נכות מעבודה  
مؤسسة التأمين الوطني  
إدارة المخصصات  
عجز من العمل



**תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה**  
طلب تحديد درجة عجز من العمل ودفع مخصصات عجز من العمل

**פרטי התובע**

**1**

תفاصيل مقدم الطلب

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الإسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية ס"ב الرقم الإضافي
מין الجنس	מספר אישי בצה"ל الرقم الشخصي في الجيش	תאריך לידה تاريخ الميلاد
זכר ذكر	עיסוק العمل	שנה سنة
נקבה أنثى	שכיר أجير	חודש شهر
	מתנדב متطوع	יום يوم
	עצמאי مستقل	

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים)**  
العنوان (المسجل في وزارة الداخلية)

רחוב/תא דואר شارع/صندوق بريد	מס' בית رقم البيت	כניסה مدخل	דירה شقة	יישוב بلدة	מיקוד الرمز البريدي
טלפון קווי هاتف أرضي	טלפון נייד هاتف خليوي	דואר אלקטרוני: بريد إلكتروني: @			

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

שם משפחה של איש קשר اسم عائلة جهة الاتصال	שם פרטי של איש קשר الاسم الشخصي لجهة الاتصال	מס' זהות של איש קשר رقم هوية جهة الاتصال ס"ב الرقم الإضافي
--	---	---

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. ארפז אתלם الرسائل التي تتضمن معلومات شخصية في القنوات الرقمية (رسائل نصية (SMS), بريد إلكتروني), بدلاً من البريد العادي. لعلمك، إذا لم تشر "أنا أرفض"، فسيتم إرسال إشعارات بشأن مسائل التأمين الوطني عبر القنوات الرقمية، وفقاً للمعلومات التي قدمتها.

**מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)**  
عنوان للمراسلة (إذا كان مختلفاً عن العنوان المسجل في وزارة الداخلية)

רחוב/תא דואר شارع/صندوق بريد	מס' בית رقم البيت	כניסה مدخل	דירה شقة	יישוב بلدة	מיקוד الرمز البريدي
---------------------------------	----------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------

**2 פרטי הפגיעה**  
تفاصيل الإصابة

2

שנה			חודש			יום					
سنة			شهر			يوم					

תאריך הפגיעה  
تاريخ الإصابة

פרטים על הפגיעה

تفاصيل عن الإصابة

---



---

**3 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א'**  
تفاصيل مكان العمل – إذا كنت تنتمي إلى قوات الدفاع، يرجى تعبئة بند 3أ

3

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה  
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק  
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות  
أجير - إسم، هاتف وعنوان مكان العمل  
مستقل - إسم، هاتف وعنوان المصلحة التجارية  
متطوع - إسم الهيئة التي ترسل لعمليات التطوع

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות  
إسم مكان العمل / المصلحة التجارية / الهيئة التي ترسل لعمليات التطوع

טלפון																			
هاتف																			

מיקוד  
الرمز البريدي

יישוב  
بلدة

דירה  
شقة

כניסה  
مدخل

מס' בית  
رقم البيت

רחוב/תא דואר  
شارع/صندوق بريد

המקצוע ערב הפגיעה:  
المهنة في موعد الإصابة:

3א'  
3أ

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

تفاصيل مكان العمل – قوات الدفاع

<p>מס' פקס رقم فاكس</p>	<p>מקום השירות مكان الخدمة</p>
<p>טלפון קווי هاتف أرضي</p>	<p>צה"ל <input type="checkbox"/> גישׁ الدفاع الإسرائيلي</p>
<p>טלפון נייד هاتف خلوي</p>	<p>משמר הכנסת <input type="checkbox"/> حرس الكنيست</p>
<p>מס' פקס رقم فاكس</p>	<p>שב"ס <input type="checkbox"/> مصلحة السجون</p>
<p>מס' פקס رقم فاكس</p>	<p>משטרה <input type="checkbox"/> الشركة</p>
<p>מיקוד الرمز البريدي</p>	<p>יישוב بلدة</p>
<p>מס' בית رقم البيت</p>	<p>רחוב/תא דואר شارع/صندوق بريد</p>

תאריך כניסה לשירות קבע \_\_\_\_\_ תאריך סיום השירות בקבע \_\_\_\_\_  
تاريخ دخول الخدمة الدائمة \_\_\_\_\_ تاريخ إنهاء الخدمة الدائمة

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?  
هل تقدمت بطلب إلى قسم إعادة التأهيل في وزارة الدفاع عن الإصابة المذكورة?  
כן  לא   
نعم  لا

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.  
إذا قمت بتقديم طلب وتم رفضه، يرجى إرفاق نسخة من كتاب الرفض.

פרטי הטיפול הרפואי  
تفاصيل العلاج الطبي

4

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה?  לא  כן, פרט    
هل احتجت المكوث في المستشفى بسبب الإصابة؟ لا نعم، فصل    
תקופת אשפוז  שם בית החולים    
فترة المكوث اسم المستشفى

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')?  
هل أجريت لك فحوصات طبية في أعقاب الإصابة (صور أشعة، CT، MRI وما شابه)؟

לא  כן, פרט    
لا نعم، فصل    
שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו    
اسم وعنوان المؤسسة الطبية التي أجريت بها الفحوصات

אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.  
إن كانت بحوزتك صور أو نتائج فحوصات طبية، الرجاء إرفاقها بالطلب.

אני מבוטח בקופ"ח    
أنا مؤمن في صندوق المرضى

ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:  
فصل في اللانحة التالية أسماء الأطباء الذين عالجتك أو ما زالوا يعالجونك:

שם הרופא إسم الطبيب	תחום מומחיות مجال التخصص	כתובת המרפאה عنوان العيادة

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה בגינך הינך תובע גמלה

5

الإعاقات التي لديك في أعقاب الإصابة والتي تطلب تلقي مخصصات بسببها

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל الإعاقات أو الآلام التي تعاني منها	המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת المستند أو التوثيق الطبي المتعلق بالإعاقات التي ذكرتها

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה?  
هل عانيت في الماضي من إعاقات أو آلام مشابهة لتتي ذكرتها في اللانحة؟

לא  כן, פרט:    
لا نعم، فصل

חזרה לעבודה  
العودة إلى العمل

6

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?  
هل عدت إلى العمل بعد الإصابة؟

כן - חזרתי לאותה העבודה  
נعم - عدت إلى نفس العمل

כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט \_\_\_\_\_  
נعم - عدت إلى عمل آخر. فصل \_\_\_\_\_

שם המעביד וכתובתו \_\_\_\_\_  
اسم صاحب العمل وعنوانه \_\_\_\_\_

תאריך החזרה לעבודה \_\_\_\_\_  
تاريخ العودة إلى العمل \_\_\_\_\_

לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה \_\_\_\_\_  
لم أعد إلى العمل - أذكر السبب \_\_\_\_\_

שליטה בשפה העברית  
إجادة اللغة العبرية

7

אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר \_\_\_\_\_  
أنا لا أجيد اللغة العبرية. أنا أتحدث اللغة \_\_\_\_\_

אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית  
سأحضر إلى اللجنة مع مرافق يتكلم اللغة العبرية

לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית  
لن أحضر إلى اللجنة مع مرافق يتكلم اللغة العبرية

פרטים על תשלומים  
تفاصيل عن الدفعات

8

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשד הביטחון?  
هل تتلقى أو تستحق دفعة أو مخصصات من وزارة الدفاع؟

לא  כן - ציין את סוג התשלום \_\_\_\_\_  
لا  نعم - أذكر نوع الدفعة \_\_\_\_\_  
מס' תיק באגף השיקום \_\_\_\_\_  
رقم الملف في وحدة إعادة التأهيل \_\_\_\_\_

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?  
هل رفعت أو سترفع دعوى لتعويض أضرار عن الحادث؟

לא  כן - ציין את שם הנתבע \_\_\_\_\_  
لا  نعم - أذكر اسم المدعى عليه \_\_\_\_\_

סיוע וייצוג בהגשת התביעה  
المساعدة والتمثيل في تقديم الطلب

9

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע?  לא  כן  
هل تم تقديم طلبك من خلال جهة مساعدة؟  
لا نعم

הגוף המייצג או המסייע:  עורך דין  חברת מימוש זכויות  יד מכוונת  בית חולים  עמותה  
الجهة الممثلة أو المساعدة:  محامي  شركة ممارسة حقوق  ياد ميكافينت  مستشفى  جمعية

אחר \_\_\_\_\_  
اخر

**אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות** באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".  
إذا كنت ممثلًا من قبل محامٍ، يجب طلب إدخال توكيل رسمي من المحامي عبر نظام الممثلين في المخصصات على موقع التأمين الوطني. إذا كان غير قادر على القيام بذلك، أو في حال محاسب أو مستشار ضريبي، أرسل إلينا نموذج بל/73: "وكالة وتنازل عن سرية لوكيل في مسائل المخصصات".

שם גורם מסייע اسم الجهة المساعدة	כתובת العنوان	טלפון هاتف
-------------------------------------	------------------	---------------



פרטי חשבון הבנק של התובע

10

تفاصيل حساب البنك لمقدم الطلب

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:  
أطلب تحويل كل دفعة استحقها من مؤسسة التأمين الوطني مقابل هذا الطلب، الى حساب البنك الذي ترد تفاصيله فيما يلي:

שמות בעלי החשבון  
أسماء اصحاب الحساب

שם הבנק اسم البنك	שם הסניף/כתובתו اسم الفرع/عنوانه	מס' סניף رقم الفرع	מספר חשבון رقم الحساب

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי - אני מבקש להעביר את התשלום:  לחשבון הקיבוץ/המושב  לחשבוני הפרטי  
لعضو كيبوتس او بلدة تعاونية - انا اطلب تحويل المبلغ:  لحساب الكيبوتس/الموشاف  لحسابي الشخصي

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_, מתחייב להשתמש  
בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון,  
ולדאוג להחתימם 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 כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי  
שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל ו/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 יהא עליי להמציאם לפי דרישה.

أنا الشريك في حساب بنك صاحب هوية رقم \_\_\_\_\_ الاسم \_\_\_\_\_، ألتزم باستعمال مبالغ  
المخصصات التي تودع في الحساب، لصالح الشخص الذي يتلقى المخصصات.

ألتزم بتبليغ مؤسسة التأمين الوطني عن كل تغيير يطرأ على هوية الشركاء في حساب البنك او المفوضين في الحساب، والتأكد من توقيعهم  
على نموذج تحديث الحساب. أوافق على ان يبلغ البنك من حين لآخر مؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، تفاصيل الشركاء في الحساب  
والمفوضين فيه، سواء خلال فترة الإستحقاق او بعدها.

أوافق ان يعيد البنك المذكور أعلاه الى مؤسسة التأمين الوطني حسب طلبها مبالغ من الحساب، اذا كانت المؤسسة قد اودعت في الحساب  
مبلغاً كاملاً او جزءاً منه بالخطأ او ليس وفقاً للقانون، وكذلك ان يمنح المؤسسة تفاصيل من سحبوا المبالغ المذكورة.

أوافق أن تتوجه المؤسسة إلى البنك أعلاه، عبر اتصال محوسب، لغرض التحقق من ملكيتي للحساب المصرفي كما هو مذكور أعلاه، وأن  
البنك أعلاه و/أو الموظف الذي ينوب عنه سوف يزود المؤسسة بالمعلومات اللازمة للتحقق من تفاصيل الحساب المصرفي التي قدمتها  
أعلاه. بالتبادل، أدرك أن المؤسسة قد تطلب مستندات وشهادات إضافية لغرض التحقق من تفاصيل الحساب المصرفي التي قدمتها أعلاه،  
وسيتعين علي تقديمها عند الطلب.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מקבל הגמלה X  
التاريخ \_\_\_\_\_ توقيع متلقي المخصصات

חתימת השותפים לחשבון X \_\_\_\_\_  
توقيع الشركاء في الحساب

11 הצהרה  
תסריח

אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם 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 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.

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

أنا الموقع أدناه، أصرح بموجب هذا بأن جميع التفاصيل التي قدمتها في الطلب وملاحقها صحيحة وكاملة.

إنني أدرك أن تقديم معلومات غير صحيحة أو إخفاء بيانات يعد انتهاكاً للقانون وأن الشخص الذي يتسبب بالخداع أو عن عمد إلى منح مخصصات بموجب هذا القانون أو زيادتها عن طريق إخفاء تفاصيل ذات صلة بالموضوع، قد يعاقب بغرامة أو عقوبة السجن.

أدرك أن أي تغيير في أي من البيانات التي قدمتها في هذه الطلب أو في ملاحقها قد يؤثر على استحقاقي في الحصول على مخصصات أو إنشاء دين، وبالتالي أتعهد بالإبلاغ عن أي تغيير في غضون 30 يوماً.

أعلم أنه إذا طرأت تغييرات على بيانات الاتصال، يجب عليّ إبلاغ مؤسسة التأمين الوطني.  
في حالة عدم تحديث تفاصيل الاتصال، سيتم إرسال المعلومات عبر القنوات التي أشرت إليها في هذا النموذج.

אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.  
إذا كنت مستحقاً لمزية، فأنا أوافق على تحويل معلومات الخاصة بي إلى مقدمي المزايا.

אני מסכים לוועדה בוידאו צ'אט  לא  כן  
أنا أوافق على عقد لجنة عبر دردشة الفيديو لا نعم

חתימת התובע ✕  
توقيع مقدم الطلب

תאריך  
التاريخ

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

إذا لم يتم التوقيع على الطلب من قبل المدعي، يرجى تفصيل سبب ذلك، واسم الموقع وعنوانه ورقم هويته. إذا تم توقيع الطلب ببصمة الإصبع، فيرجى تفصيل اسم الشاهد للتوقيع ورقم هويته.

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות מעבודה  
مؤسسة التأمين الوطني  
إدارة المخصصات  
عجز من العمل

כתב ויתור סודיות רפואית  
كتاب تنازل عن السرية الطبية

שם הגמלה: נכות מעבודה  
اسم المخصصات: عجز من العمل

פרטים אישיים  
1  
تفاصيل شخصية

<p>תאריך הפגיעה تاريخ الاصابة</p> <table border="1"> <tr> <td>שנה سنة</td> <td>חודש شهر</td> <td>יום يوم</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה سنة	חודש شهر	יום يوم				<p>מספר זהות/דרכון رقم الهوية/جواز السفر</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>											<p>קוד גמלה رمز المخصصات</p> <p>11</p>
שנה سنة	חודש شهر	יום يوم																
<p>שם פרטי الاسم الشخصي</p>	<p>שם משפחה اسم العائلة</p>	<p>חבר בקופת חולים عضو في صندوق مرضى</p> <p> <input type="checkbox"/> כללית    <input type="checkbox"/> מאוחדת    <input type="checkbox"/> מכבי    <input type="checkbox"/> לאומית    <input type="checkbox"/> אחר                  كلاليت    مؤحديت    مكابي    لؤوميت    آخر             </p>																

2  
הצהרה  
تصريح

אני הח"מ, שפרט"י האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזאת 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 אודותי.

أنا الموقع أدناه الذي تظهر تفاصيلي الشخصية في هذا النموذج، أتنازل عن سرיתי الطبية وأطلب بموجب هذا تزويد مؤسسة التأمين الوطني أو ممثلها بأي معلومات تتعلق بمرضي أو حالتي الطبية أو العلاج المقدم لي أو نتائجه أو أي معلومات أخرى مطلوبة منهم أو أي مستند طبي أو إعادة تأهيل أو طب نفسي عني.

תאריך  
تاريخ

חותמת המבוטח \*  
توقيع المؤمن عليه