



תביעה לצרוף דרגות נכות מעבודה עקב נכות כתוצאה מפגיעה בעבודה طلب لدمج جميع نسب العجز الناتجة عن إصابات في العمل

חובה לצרוף לטופס זה

עליך ארפאק מא ילי

תעודות רפואיות וסיכומי מחלה ממוסדות רפואיים או מרופאים שטפלו בך בשנה האחרונה.
شهادات طبية وتقارير مرضية من المؤسسات الطبية أو من أطباء قاموا بمعالجتك خلال السنة الأخيرة.

12 תלושי שכר של השנה האחרונה לפני הגשת התביעה.
كشوف الرواتب لآخر 12 شهرا من السنة الأخيرة قبل تقديم الطلب.

אם חלה החמרה בדרגת הנכות שנקבעה לך, יש להמציא תלושי שכר של שלושת החודשים שקדמו למועד
ההחמרה.
يجب تقديم كشف الرواتب عن الأشهر الثلاثة الأخيرة في حال ساءت درجة العجز التي حددت لك نتيجة تدهور حالتك الصحية.

אישור על הפסקת העבודה, אם אינך עובד.
إذا كنت لا تعمل فعليك إرفاق إثبات توقف عن العمل.

לידיעתך لعلمك

על פי חוק, לא תשולם הקצבה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
بموجب القانون، لن يتم دفع مخصصات مقابل مدة تزيد عن 12 شهرًا بأثر رجعي من تاريخ تقديمها.

משך זמן טיפול המשוער בתביעה לנכות מעבודה הוא 140 יום, ממועד הגשתה ועד לקבלת החלטה
בתביעה. הטיפול בתביעה כולל שלושה שלבים: הכנת התיק לוועדה הרפואית, דיון בוועדה רפואית וביצוע
החלטת הוועדה.

לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il
يستغرق علاج طلب العجز من العمل ما يقارب الـ 140 يومًا، منذ استلامه وحتى اتخاذ القرار. يشمل العلاج ثلاثة مراحل: تحضير
الطلب للجنة الطبية، فحص/مناقشة الطلب في اللجنة الطبية وتنفيذ قرار اللجنة.
من أجل راحتك، تستطيع الاطلاع على مراحل علاج الطلب في موقع الانترنت الشخصي في العنوان www.btl.gov.il.

כיצד יש להגיש את התביעה كيفية تقديم الطلب

את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן: 
تستطيع تقديم الطلب مع المستندات الإضافية بإحدى الطرق التالية:

- למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
تعبئة الطلب خطياً ونسخه ضوئياً مع المستندات الإضافية ومن ثم إرساله عبر موقع الانترنت/ارسال مستندات.
- לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
إرساله بواسطة البريد، فاكس أو صندوق الخدمة المتواجد في الفرع الموجود في مكان سكنك.

לשאלות ובידורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il. 
لأسئلة والاستفسار عليك التوجه والاتصال على هاتف رقم *6050 أو 04-8812345، أو التوجه عبر موقع انترنت مؤسسة التأمين الوطني www.btl.gov.il

חובה לחתום על טופס התביעה التوقيع على استمارة الطلب إلزامي

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד
كتبت هذه الإستمارة بصيغة المذكر لكنّها موجهة للنساء والرجال على حدّ سواء

3

פרטי על ליקויים נוספים שאינם קשורים לפגיעות בעבודה שצינו בסעיף 2 – נא לצרף מסמכים רפואיים
 تفاصيل حول مضاعفات صحية أخرى غير متعلقة بإصابات العمل التي ذكرت في البند 2 - الرجاء إرفاق الوثائق الطبية

תאריך התחלה تاريخ المرض	הליקוי / מחלה / מום الإعاقه/المرض/التشوّه							
<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td>سنة</td> <td>شهر</td> <td>يوم</td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום	سنة	شهر	يوم		.1
שנה	חודש	יום						
سنة	شهر	يوم						
<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td>سنة</td> <td>شهر</td> <td>يوم</td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום	سنة	شهر	يوم		.2
שנה	חודש	יום						
سنة	شهر	يوم						
<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td>سنة</td> <td>شهر</td> <td>يوم</td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום	سنة	شهر	يوم		.3
שנה	חודש	יום						
سنة	شهر	يوم						
<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td>سنة</td> <td>شهر</td> <td>يوم</td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום	سنة	شهر	يوم		.4
שנה	חודש	יום						
سنة	شهر	يوم						

4

גמלאות אחרות המשתלמות לך
 المخصّصات الأخرى التي تُدفع لك

מצה"ל. פרט:
 من جيش الدفاع الإسرائيلي. فصل:

אחר. פרט:
 مصدر آخر. فصل:

5



חזרה לעבודה לאחר הפגיעה האחרונה
 العودة الى العمل بعد الإصابة الأخيرة

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?
 هل عدت الى العمل بعد الإصابة الأخيرة?
 כן - לאותו מקום עבודה
 نعم - عدت الى مكان عملي
 כן - למקום עבודה אחר. פרט שם המעביד:
 نعم - عدت الى مكان عمل آخر. سجّل اسم مكان العمل:
 כתובתו:
 عنوانه:

העיסוק المهنة	<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td>سنة</td> <td>شهر</td> <td>يوم</td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום	سنة	شهر	يوم	תאריך החזרה לעבודה تاريخ العودة الى العمل
שנה	חודש	יום						
سنة	شهر	يوم						

לא – ציין את הסיבה
 كلا – أذكر السبب

פרטים על עבודותיך בשנה שקדמה להגשת התביעה
 تفاصيل عن أماكن عملك في السنة الأخيرة قبل تقديم الطلب

יש לרשום כל שינוי במקום העבודה, תפקיד, מעמד והיקף משרה. 
 يجب تسجيل أي تغيير في مكان العمل, الوظيفة, المكاتب ونسبة الوظيفة.
 נא לצרף תלושי שכר 
 الرجاء إرفاق كشف الرواتب

סיבת הפסקת העבודה או השינוי سبب توقفك عن العمل أو سبب التغيير	היקף המשרה نسبة الوظيفة	תקופת העבודה (תאריכים) فترة العمل	מקצועך או תפקידך העיקרי مهنتك أو وظيفتك الرئيسية	המוסד המעביד / המפעל / העסק المؤسسة المشغلة/المصنع/المصلحة	
	<input type="checkbox"/> משרה מלאה وظيفة كاملة <input type="checkbox"/> משרה חלקית. פרט: وظيفة جزئية. فصل: מס' שעות בשבוע _____ عدد الساعات أسبوعياً _____ אם חלקית, מהי הסיבה? إذا كانت جزئية, ما هو السبب? _____ _____	מ- _____ מן- _____ עד _____ حتى _____		שם _____ الاسم _____ מען _____ العنوان _____	1.
	<input type="checkbox"/> משרה מלאה وظيفة كاملة <input type="checkbox"/> משרה חלקית. פרט: وظيفة جزئية. فصل: מס' שעות בשבוע _____ عدد الساعات أسبوعياً _____ אם חלקית, מהי הסיבה? إذا كانت جزئية, ما هو السبب? _____ _____	מ- _____ מן- _____ עד _____ حتى _____		שם _____ الاسم _____ מען _____ العنوان _____	2.
	<input type="checkbox"/> משרה מלאה وظيفة كاملة <input type="checkbox"/> משרה חלקית. פרט: وظيفة جزئية. فصل: מס' שעות בשבוע _____ عدد الساعات أسبوعياً _____ אם חלקית, מהי הסיבה? إذا كانت جزئية, ما هو السبب? _____ _____	מ- _____ מן- _____ עד _____ حتى _____		שם _____ الاسم _____ מען _____ العنوان _____	3.

האם צמצמת את עבודתך כתוצאה מהפגיעות בעבודה כן לא
 هل قمت بتخفيض نسبة وظيفتك نتيجة الإصابات في العمل نعم كلا

במה מתבטא הצמצום? (הפסקת שעות נוספות, הקטנת שעות העבודה וכו') _____
 كيف تم التخفيض? (توقيف الساعات الإضافية, تقليل ساعات العمل وما شابه) _____

ממתי חל הצמצום? _____
 متى تم التخفيض? _____

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך
 لعلمك ولغرض معالجة الطلب, سوف نتوجه الى أصحاب عملك حسب الحاجة, للحصول على بيانات دخلك

אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה
אذا كنت تعترض على ذلك، يتوجب عليك الإشارة الى التصريح التالي

- אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטאלי (ממוחשב) של הכנסותיי.
أرفض أن يتوجه التأمين الوطني إلى أصحاب العمل للحصول على تبليغ رقمي (محوسب) عن دخلي.
- ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.
أعلم أنه بسبب رفضي، سيتعين علي تقديم شهادات وقوائم الراتب بنفسي لغرض فحص استحقاقي.

7 פרטי חשבון הבנק של התובע
تفاصيل حساب البنك لمقدم الطلب

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:
أطلب تحويل أي دفعة قد أستحقها عن هذا الطلب لحسابي الخاص المسجلة تفاصيله أدناه:

שמות בעלי החשבון
أسماء أصحاب 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 أو قرية تعاونية: أطلب تحويل الدفعة: لحساب الكيبوتس / القرية لحسابي الخاص

אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. שם _____ מתחייב להשתמש
בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.

أنا شريك في حساب البنك التابع لحامل بطاقة هوية رقم _____ الاسم _____ ألتزم باستخدام مبلغ
المخصصات الذي سيحول إلى الحساب، لمصلحة متلقي المخصصات.

סוג הקרבה שלי לתובע הגמלה: בן/בת זוג הורה בן/בת אח/אחות אחר: _____
صلة القرابة: زوج/زوجة والدة/ابنة أخ/أخت آخر: _____

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/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, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.

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 פרטי מושכי התשלומים.

ألتزم بإبلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أي تغيير قد يطرأ على هوية الشركاء في حساب البنك و/أو المفوضين في الحساب، والحصول
على توقيعهم على استمارة تحديث الحساب. أوافق بأن يقوم البنك من حين إلى آخر بتزويد مؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، بتفاصيل
الشركاء والمفوضين، وذلك خلال فترة الاستحقاق أو بعدها.

אوافق أن يقوم البنك بإعادة الأموال المودعة في حسابي لمؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، وذلك في حال قامت المؤسسة بتحويل
מبلغ ما إلى حسابي بالخطأ أو بشكل غير قانوني, سواء كان كاملاً أو جزئياً. كما ويجوز للبنك تزويد المؤسسة بتفاصيل الأشخاص
الذين قاموا بسحب الأموال.

חתימת/חתימות השותפים לחשבון
توقيع الشركاء في الحساب

חתימת מקבל התשלום
توقيع مقدم الطلب

תאריך
تاريخ

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין 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, עלי 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.
 אני מסכים לוועדה בוודאו צ'אט

אם התביעה הוגשה בסיוע או על ידי מייצג: עו"ד חברת מימוש זכויות יד מכוונת ביה"ח אחר _____
נא לציין את שם הגוף המסייע / המייצג _____ תאריך תחילת התקשרות _____

אנא המועד אדנא אصرח بهذا أنّ جميع التفاصيل التي قَدّمت ضمن هذا الطلب وملاحقه صحيحة وكاملة. أعلم أنّ تزويد تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات تعتبر مخالفة للقانون, وأنّ الشخص الذي يقوم, بالعلم أو الاحتيال, للمصادقة على دفع المخصّصات وفق هذا القانون, أو زيادتها عن طريق إخفاء تفاصيل ذات أهمية, سيعاقب بدفع غرامة أو بالسجن. أعلم أنّ أيّ تغيير في أحد تفاصيل هذا الطلب أو ملاحقه قد يؤثر على استحقاقي للمخصّصات أو على تراكم دين, لهذا ألتزم بالتبليغ عن أيّ تغيير خلال 30 يوم.

أعلم بأنه يجب ابلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أيّ تغيير قد يحدث في تفاصيل الاتصال لدي. في حال عدم تحديث تفاصيل الاتصال فسيتم إرسال المعلومات عبر القنوات التي سجّلتها في هذا النموذج.

أوافق بهذا على نقل المعلومات الخاصة بي إلى المؤسسات التي تقدّم الامتيازات, إذا كنت مؤهلاً للحصول على هذه الامتيازات.
 أوافق على عقد لجنة عبر الدردشة

إذا تم تقديم الدعوى بمساعدة أو من قبل ممثل: محامي شركة ممارسة حقوق يد موجهة مستشفى آخر _____
يرجى تفصيل اسم الجهة المساعدة/ الممثلة _____ تاريخ بدء التعاقد _____

חתימת התובע ✕

תאריך _____
תאריך _____
תوقيع مقدم الطلب _____

תאריך _____
תאריך _____