



בקשה לסיוע בעזרת הזולת להורים שכולים ואלמנים/נות طلب مساعدة للاستعانة بالآخرين للأهل الثكالي والأرامل

לידיעתך לעמך

- הורים שכולים, אלמנים ואלמנות של נספי פעולות איבה התלויים בעזרת הזולת מחמת זקנה או מחמת מצב בריאות זכאים למימון טיפול אישי בידי הזולת. הזכאות נקבעת על סמך חוות דעת של רופא המשפחה המטפל ובדיקה של נתונים נוספים.
- يستحق الأهل الثكالي والأرامل لضحايا الأعمال العدائية الذين يحتاجون لرعاية الآخرين بسبب الشيخوخة أو نتيجة وضع صحي لتمويل رعاية شخصية من الآخرين. يحدد الاستحقاق حسب الرأي الطبي لطبيب العائلة المعالج ومعطيات أخرى.
- הכלל הוא שהעזרה ניתנת באמצעות העסקת עובד חברת סיעוד בהתאם להיקף השעות שאושר לזכאי. קיימת אפשרות נוספת של עזרת הזולת והיא מתן תשלום לזכאי עבור מימון העסקת מטפל (שאינו בן משפחה) ישירות ע"י הזכאי באמצעות הטבה חודשית כתוספת לתגמול.
- القاعدة هي أن المساعدة تقدم بواسطة تشغيل موظف شركة ترميض حسب نطاق الساعات التي حددت للمستحق. هناك امكانية أخرى لرعاية الآخرين وهي دفع مبلغ للمستحق مباشرة لتمويل تشغيل موظف (ليس أحد أفراد العائلة) بواسطة امتياز شهري كإضافة إلى المخصصات.
- יש להדגיש כי בכל מקרה של תשלום הטבה חודשית לעזרת הזולת, יש הכרח להעסיק מטפל בפועל.
- وجب التشديد بأنه يجب تشغيل موظف بشكل فعلي في حالة الاستحقاق لدفع الامتياز الشهري لرعاية الآخرين.
- הורים שכולים, אלמנים ואלמנות הזכאים להשתתפות במימון עזרת הזולת מכוח חוק הסיעוד או קצבת שירותים מיוחדים יידרשו לבחור בין קבלת הסיוע עפ"י חוק נפגעי פעולות איבה או קבלת הסיוע עפ"י החוקים האחרים בהתאם לנוהל המפורט בהמשך.
- يطلب من الأهل الثكالي والأرامل لضحايا الأعمال العدائية اللذين يستحقون اشتراك بتمويل للاستعانة بالآخرين بموجب قانون التمريض أو مخصصات الخدمات الخاصة الاختيار بين تلقي المساعدة بموجب قانون مصابي الأعمال العدائية أو تلقي المساعدة بموجب القوانين الأخرى كما هو مفصل في الإجراءات في ما يلي.

חובה לצרף לטופס זה يجب ارفاق ما يلي

- אישור מרופא המשפחה המטפל .
تقرير من طبيب العائلة المعالج.

כיצד יש להגיש את התביעה

كيفية تقديم الطلب

את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:

يمكن تقديم الطلب مع المستندات الإضافية بالطرق التالية:

- למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - מלאה ידוויא, ומסכה צוניתא עם המסמכות الإضافة, وارساله عبر موقع الانترنت/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
- للأسئلة والاستفسارات يمكن الاتصال بمركز الاتصال الهاتفي 6050* أو 04-8812345، أو التوجه إلينا عبر موقع الانترنت التأمين الوطني www.btl.gov.il

חובה לחתום על טופס התביעה

التوقيع على نموذج الطلب الإلزامي

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



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
שיקום
مؤسسة التأمين الوطني
إدارة المخصصات
التأهيل

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך		דפים							
0	1								

בקשה לסיוע בעזרת הזולת
להורים שכולים ואלמנים/נות

طلب مساعدة للاستعانة بالآخرين
للأهل الثكالي والأرامل

1

פרטי המבקש
تفاصيل مقدم الطلب

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية ס"ב
מין الجنس	מצב משפחתי الحالة الاجتماعية	תאריך לידה تاريخ الميلاد
<input type="checkbox"/> זכר ذكر	<input type="checkbox"/> אלמן أرمل	
<input type="checkbox"/> נקבה مؤنث	<input type="checkbox"/> אם/אב שכולה أم/أب ثكالي	

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)
العنوان (כמה هو مسجل في وزارة الداخلية)

רחוב / תא דואר شارع / صندوق بريد	מס' בית رقم المنزل	כניסה المدخل	דירה الشقة	יישוב البلدة	מיקוד رقم المنطقة
טלפון קווי رقم الهاتف	טלפון נייד الهاتف الخليوي	דואר אלקטרוני: بريد الكتروني: _____@_____			

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 الاضافي

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.
أرفض استلام 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 המפורטת למעלה)
العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن العنوان اعلاه)

רחוב / תא דואר شارع / صندوق بريد	מס' בית رقم المنزل	כניסה المدخل	דירה الشقة	יישוב البلدة	מיקוד رقم المنطقة

האם כתובת בן/בת הזוג זהה לכתובתך? כן לא
هل عنوان زوجك/زوجتك مطابق لعنوانك؟ نعم כן לא

2 אנשים הגרים עם המבקש

الأشخاص الذين يسكنون مع مقدم الطلب

2

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	יחס קרבה صلة القرابة	שנת לידה سنة الميلاد	עיסוק المهنة

3 תשלום עבור טיפול אישי ו/או עזרת בית

دفعات لعناية شخصية و/أو خدمة بيتية

3

לא מקבל

لم أتلقي

מקבל מהמוסד לביטוח לאומי:

أتلقي من مؤسسة التأمين الوطني

מקבל ממשד הביטחון עזרה בבית או הטבה לעזרת הזולת.

أتلقي خدمة بيتية أو امتياز لرعاية الآخرين من وزارة الدفاع.

4 הצהרת המבקש

تصريح مقدم الطلب

4

אני החתום מטה, מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בבקשה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין 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 מצהיר בזה כי פרט להכנסות שצינתי לעיל, אין לי או לבן זוגי הכנסות נוספות.

أنا الموقع أدناه أصرح بهذا أنّ جميع التفاصيل التي قدّمت 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.

كما وأصرح بأنه عدا عن الدخل المذكور أعلاه, لا يوجد لي أو لزوجي أي دخل آخر.

תאריך _____

חתימת המבקש ✕ _____

توقيع مقدم الطلب

אם המגיש אינו המבקש

إذا كان الموقع شخصاً آخرًا غير مقدم الطلب

שם פרטי ומשפחה _____

הקשר למבקש _____

ת.ז. _____

الاسم الشخصي واسم العائلة _____

العلاقة/صلة القرابة لصاحب الطلب _____

رقم الهوية _____

כתובת
العنوان _____

חתימת המגיש ✕ _____

תאריך _____

توقيع المقدم _____

تاريخ _____

לכבוד
רופא המשפחה המטפל
لحضة
طبيب العائلة المعالج

הנדון: הערכת מצב תפקודי ונפשי

לתשומת לבך

מצורף טופס המשמש את המוסד לביטוח לאומי בקביעת גובה השתתפות המוסד בעזרה לזולת או בסידור מוסדי להורים שכולים ואלמנות של נפגעי פעולות איבה המטופלים ע"י אגף השיקום במוסד לביטוח לאומי.
 נבקש למלא את הטופס במלוא תשומת הלב תוך הקפדה על:
 1. שם משפחה, שם פרטי וגיל הפונה.
 2. מילוי האבחנות הרפואיות, אם אפשר גם בעברית.
 3. מילוי X ליד מגבלה אחת בלבד בכל סעיף (בהתאם למצב הזכאי).
 4. במידה ונעשתה טעות במילוי הטופס ובוצע תיקון, אנא חתום/חיתמי ליד התיקון (+ חותמת).
 5. יש לוודא כי המבקש חתם על ויתור סודיות בעמוד הקודם.

תודה על שיתוף הפעולה
אגף השיקום

פרטי הפונה

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.
_____	_____	_____
אבחנה רפואית (לציין את חומרת המצב) _____		

הערכת מצב תפקודי ונפשי

א. תנועה:	<input type="checkbox"/> הליכה חופשית	<input type="checkbox"/> הליכה בעזרת הזולת	<input type="checkbox"/> הולך בקושי	<input type="checkbox"/> הולך בעזרת מכשיר
ב. אכילה:	<input type="checkbox"/> עגלת נכים	<input type="checkbox"/> רתוק למיטה	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה
ג. הלבשה:	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	
ד. רחצה:	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	
ה. ראייה:	<input type="checkbox"/> תקינה/תקינה עם משקפיים	<input type="checkbox"/> כבד ראייה	<input type="checkbox"/> עיוור – יש לצרף תעודת עיוור לנכה מתחת לגיל 75	
ו. שליטה על סוגרים:	<input type="checkbox"/> שליטה מלאה	<input type="checkbox"/> שליטה חלקית	<input type="checkbox"/> באמצעי עזר	
ז. התמצאות:	<input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום	<input type="checkbox"/> שכחה בתפקוד יומיומי המהווה סיכון	<input type="checkbox"/> לא מתמצא בזמן ובמקום	
ח. זמן משוער של המחלה:	<input type="checkbox"/> 1-3 חודשים	<input type="checkbox"/> 4-6 חודשים	<input type="checkbox"/> 7-12 חודשים	<input type="checkbox"/> לצמיתות

סיכום והמלצת רופא המשפחה המטפל

1. סיכום מצב תפקודי של הפונה: עצמאי תשוש סיעודי סיעודי מורכב

2. הבעיות הסיעודיות הטיפוליות העיקריות של החולה _____

המלצות

הפנייה לסידור בבית אבות

יכול להישאר בביתו וזקוק לעזרה ביתית

אחר _____

שם רופא המשפחה המטפל _____ חותמת בציון מס' רישיון _____ חתימת הרופא _____ תאריך _____

