



## בקשה לקבלת גמלה בכסף לזכאי גמלת סיעוד המעסיק מטפל צמוד طلب لتلقي مخصصات التمريض بشكل نقدي لمن يشغل مساعد مُلازم (عامل أجنبي)

### לידיעתך לעמך

מספר יחידות שירות למעסיק עובד זר عدد وحدات خدمة لمستخدم عامل أجنبي	מספר יחידות שירות عدد وحدات الخدمة	נקודות שנצברו בהערכת התלות النقاط المجمعّة في تقييم الاتكالية	רמת זכאות מסווי الاستحقاق
לא משפיע לא יוותר	9 שעות בשבוע 9 ساعات في الأسبوع	2.5 עד 3 * 2.5 حتى 3 *	1
	5.5 שעות בשבוע 5.5 ساعات في الأسبوع		
	10 שעות בשבוע 10 ساعات في الأسبوع	3.5 עד 4.5 3.5 حتى 4.5	2
14 יחידות שירות בשבוע 14 وحدة خدمة في الأسبوع	17 שעות בשבוע 17 ساعة في الأسبوع	5 עד 6 5 حتى 6	3
18 יחידות שירות בשבוע 18 وحدة خدمة في الأسبوع	21 שעות בשבוע 21 ساعة في الأسبوع	6.5 עד 7.5 6.5 حتى 7.5	4
22 יחידות שירות בשבוע 22 وحدة خدمة في الأسبوع	26 שעות בשבוע 26 ساعة في الأسبوع	8 עד 9 8 حتى 9	5
26 יחידות שירות בשבוע 26 وحدة خدمة في الأسبوع	30 שעות בשבוע 30 ساعة في الأسبوع	9.5 – 10.5	6

\* ברמת זכאות 1 יש שתי אפשרויות : 9 שעות ללא טיפול אישי בבית או 5.5 שעות כולל טיפול אישי בבית  
في مستوى الاستحقاق 1 هناك خياران: 9 ساعات بدون رعاية شخصية في المنزل أو 5.5 ساعات شامل رعاية شخصية في المنزل

### מטפל צמוד مساعد مُلازم

בקשה לגמלת הסיעוד בכסף ניתן להגיש כאשר הזכאי לגמלת סיעוד מעסיק "עובד זר" או מטפל צמוד תושב ישראל בהיקף של לפחות 6 ימים בשבוע ובכל יום לפחות 12 שעות ביממה.  
يجوز تقديم هذا الطلب اذا كان مُستحق مخصصات التمريض يقوم بتشغيل "عامل أجنبي" أو مواطن اسرائيلي كمساعد مُلازم 6 أيام أسبوعيًا على الأقل التي تشمل 12 ساعة عمل يومية.

✎ המטפלים בזכאי חייבים להיות בגירים מעל גיל 18.  
לא يجوز أن يكون عمر المُساعدين المعتمدين أقل من 18 عاما.

✎ המטפל אינו יכול להיות "בן משפחה" (הורה, בן זוג, אח, אחות, בן, בת, גיס, גיסה, הוריהם וילדיהם ובני זוגם של כל אחד מאלה) כל אלה אינם יכולים לשמש כמטפלים.  
لا يجوز أن يكون المساعد "فرد من العائلة" (والد, زوج, أخ, أخت, ابن, ابنة, أخ الزوج/أخت الزوج, زوجة الأخ/زوجة الأخت, أهل وأبناء وأزواج المذكورين سابقًا) لا يجوز لأحد من هؤلاء العمل كمساعدين.

## מטפל צמוד זר مساعِد مُلازم أجنبي

✎ זכאי לגמלת סיעוד המעסיק כמטפל צמוד "עובד זר" חייב לרשום את העובד בלשכה הפרטית להעסקת עובדים זרים, וחייב בהיתר העסקת עובד זר מטעם רשות ההגירה במשרד הפנים.  
يجب تسجيل "العامل الأجنبي" في المكتب الخاص لتوظيف العمال الأجانب, كما يجب أن يكون تصريح لتوظيف عامل أجنبي من هيئة الهجرة في وزارة الداخلية.

## מעסיק מטפל צמוד תושב ישראל يقوم بتشغيل مواطن اسرائيلي كمساعِد مُلازم

✎ מעסיק מטפל צמוד תושב ישראל חייב לצרף חוזה העסקה חתום על ידי המטפל או המטפלים ומקבל הגמלה או בני משפחתו, המפרט את היקף העבודה ותנאי השכר בעבור כל אחד מהמטפלים.  
يجب ارفاق عقد عمل موقع من قبل المساعِد أو المساعدين ومتلقي المخصّصات أو افراد عائلته يشمل نطاق العمل وشروط الأجر للمساعدين.

## ניצול שואה الناجين من المحرقة

✎ מי שהוכר כנרדף נאצים ע"י ועידת התביעות, הרשות לזכויות ניצולי שואה או חוק הפיצויים הגרמני וכן הוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי כזכאי לגמלת סיעוד של 15 שעות טיפול בשבוע ומעלה עשוי להיות זכאי לתוספת של שעות סיעוד מעבר לשעות הניתנות ע"י המוסד לביטוח לאומי. מי שבחר בקבלת גמלה בכסף יוכל למלא את טופס הפנייה לוועידת התביעות המצורף ולצרפו לטופס בקשה זה (ב.ל 2655).  
פרטי הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל: רחוב המלאכה 3 (בית ויקטוריה, קומה 1), ת"א. מען למכתבים: ת.ד. 7197 ת"א, 67897 טל: 03-6090866 פקס: 03-6968294 או באינטרנט בכתובת:  
<http://www.k-shoa.org>

כל מי קאמו בלאעتراف בה כמُطارد מן قِبَل النازية بواسطة مؤتمر الطلبات, هيئة حقوق الناجين من المحرقة أو قانون التعويضات الألماني, كما وتم الاعتراف به كمستحق لمخصّصات التمريض ل 15 ساعة مساعدة وما فوق فإنه قد يستحق ساعات إضافية غير الساعات التي يستحقها من مؤسسة التأمين الوطني.  
כל מי אختאר أن يتلقى المخصّصات بشكل نقدي يستطيع تعبئة طلب التوجه لمؤتمر الطلبات المرفق وإرفاقه لنموذج الطلب هذا (رقم الطلب 2655). تفاصيل صندوق الرعاية الاجتماعية لضحايا المحرقة في اسرائيل: شارع المألخا 3 (بيت فيكتوريا, الطابق الأول), تل أبيب. عنوان البريد: صندوق بريد 7197 تل أبيب, 67897 هاتف رقم: 03-6090866  
فاكس: 03-6968294 أو بواسطة الأنترنت في الموقع: <http://www.k-shoa.org>.

## גמלת כסף ושירותי סיעוד مخصّصات نقدية وخدمات التمريض

✎ ניתן לשלב, גמלה בכסף וקבלת שירותי סיעוד אחרים מתוך סל השירותים : טיפול אישי בבית ע"י תושב ישראל, משדר מצוקה, מוצרי ספיגה, ביקורים במרכז יום ושירותי כביסה. לשירותי הסיעוד המפורטים קיים שווי כספי אם הבחירה היא שילוב של גמלה בכסף ושל שירותי סיעוד יופחת ערכם של השירותים הנוספים שנבחרו מסכום הגמלה בכסף. לדוגמא: מקבל גמלה בכסף שזכאי לגמלה בסך 5,326 ₪ לחודש, מבקש לשלב מוצרי ספיגה בערך של 200 ₪ לחודש. 200 ₪ יופחתו מסכום הגמלה בכסף שהוא זכאי לה, ולכן יקבל גמלה בסך 5.126 ₪ בנוסף למוצרי הספיגה.

تستطيع الدمج بين مخصصات نقدية ومخصصات خدمات ترميض أخرى من سلة الخدمات التي تشمل: خدمات شخصية بيتية بواسطة مواطن اسرائيلي، جرس الإغاثة، أدوات الامتصاص، زيارات في مركز يوم وخدمات الغسيل. هناك قيمة مالية لخدمات الترميض المفصلة، اذا كان الإختيار هو الدمج بين المخصصات النقدية ومخصصات خدمات الترميض سوف يتم تخفيض قيمة الخدمات الإضافية من مبلغ المخصصات النقدية. مثال: اذا كان المؤمن يستحق مخصصات بقيمة 5,326 ش.ج شهرياً ويطلب الحصول على أدوات الامتصاص بقيمة 200 ش.ج فإن هذه القيمة (200 ش.ج) تخفّض من مبلغ المخصصات النقدية التي يستحقها وبالتالي فسيتم تلقي مخصصات بقيمة 5,126 ش.ج إضافة الى أدوات الامتصاص.

## פירוט החלופות הקיימות בכל אחד מהמסלולים: גמלה בכסף או בשירותים فيما يلي تفاصيل عن البدائل المتوفرة في كل من المسارات: مخصصات نقدية أو خدمات

רמת הזכאות מסלולי الاستحقاق	ומספר שעות טיפול אישי בבית בשבוע למי שמעסיק עובד זר ומממש זכאותו באמצעות נותן שירות ועד ساعات الرعاية الشخصية في المنزل أسبوعياً لأولئك الذين يستخدمون عاملاً أجنبياً ويمارسون حقهم من خلال مزود خدمة	סכום הגמלה למי שמעסיק עובד זר ואושרה בקשתו לגמלת כסף מبلغ המخصصات למי يستخدمون عاملاً أجنبياً وتمت الموافقة على طلبه لمخصصات نقدية	סכום הגמלה למי שמעסיק עובד ישראלי ואושרה בקשתו לגמלה בכסף כולל תוספת למי שאיננו מעסיק עובד זר מبلغ המخصصات למי يستخدم عاملاً إسرائيلياً والذي تمت الموافقة على طلبه للحصول على مخصصات نقدية يشمل إضافة لأولئك الذين لا يستخدمون عاملاً أجنبياً	מספר שעות טיפול אישי בבית בשבוע למי שמטופל ע"י עובד ישראלי ומממש זכאותו באמצעות נותן שירות כולל תוספת שעות למי שאיננו מעסיק עובד זר عدد ساعات الرعاية الشخصية في المنزل أسبوعياً لأولئك الذين يتم رعايتهم من قبل عامل إسرائيلي ويمارسون حقهم من خلال مزود خدمة، بما في ذلك إضافة ساعات لأولئك الذين لا يستخدمون عاملاً أجنبياً
1	5.5 שעות 5.5 ساعة	1,408 ₪*	1,408 ₪*	5.5 שעות 5.5 ساعة
2	10 שעות בשבוע 10 ساعات في الأسبوع	2,049 ₪*	2,049 ₪*	10 שעות* 10 ساعات
3	14 שעות בשבוע 14 ساعة في الأسبوع	2,868 ₪	3,482 ₪	17 שעות 17 ساعة
4	18 שעות בשבוע 18 ساعة في الأسبوع	3,687 ₪	4,302 ₪	21 שעות 21 ساعة
5	22 שעות בשבוע 22 ساعة في الأسبوع	4,506 ₪	5,326 ₪	26 שעות 26 ساعة
6	26 שעות בשבוע 26 ساعة في الأسبوع	5,326 ₪	6,146 ₪	30 שעות 30 ساعة

נתוני הטבלה מעודכנים נכון לחודש ינואר 2021. הסכומים משתנים מעת לעת.  
 بيانات الجدول محدثة لشهر يناير 2021. تتغير المبالغ من حين لآخر.

\*סכום הגמלה או מספר שעות הטיפול אינו משתנה בשיעורי זכאות אלה באם מועסק עובד זר או מטפל  
 ישראלי צמוד.

לא יתגבר מבלג המخصصות או عدد ساعات الرعاية بنسب الاستحقاق هذه إذا تم تشغيل عامل أجنبي أو مقدم رعاية إسرائيلي ملازم.

מי שגמלתו מופחתת בגין הכנסות גבוהות זכאי למחצית השעות או הכסף לפי רמת הזכאות  
 من تم خفض مخصصاته بسبب دخل مرتفع يستحق نصف الساعات أو المال حسب مستوى الاستحقاق

שווים של שירותי הסייעות בשעות טיפול בשבוע/ יחידת שירות  
 قيمة خدمات التمريض مقابل ساعات الخدمة الأسبوعية/ وحدة خدمة

פריט שירות	רמות הגמלה	שווי בשעות טיפול / יחידות שירות בשבוע
יום ביקור במרכז יום	1 - 3	2 שעות
יום ביקור במרכז יום	4 - 6	2.75 שעות
משדר מצוקה	בכל רמות הגמלה	0.25 שעות
מוצרי ספיגה	בכל רמות הגמלה	תלוי בסוג מוצר הספיגה. רשימת מופרטת מופיעה באתר האינטרנט <a href="http://www.btl.gov.il">www.btl.gov.il</a>
שירותי כביסה	בכל רמות הגמלה	בהתאם למשקל. רשימה מופרטת מופיעה באתר האינטרנט <a href="http://www.btl.gov.il">www.btl.gov.il</a>
קהילה תומכת עדיין לא מופעל בכל הארץ	בכל רמות הגמלה	0.5 שעות

לפרטים נוספים ולמידע לגבי שיעורי הגמלה העדכניים, ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)  
 لتفاصيل ومعلومات إضافية عن نسب المخصصات الحديثة بإمكانك الاستعانة بموقع الانترنت التابع لمؤسسة التأمين الوطني [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

**חובות כמעסיק**  
 واجبك كمُشغّل

למקבל גמלה בכסף או כמקבל גמלה בכסף בשילוב עם שירותי סיעוד יש חובות כמעסיק על פי הקבוע בחוק לרבות רכישת ביטוח רפואי לעובד, דיווח ותשלום לביטוח לאומי וכן שמירה על זכויותיו הסוציאליות. לנוחותכם, דיווח ותשלום לביטוח לאומי ניתן לבצע באמצעות שירותי התשלומים ודיווחים באתר האינטרנט המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)  
 من واجب المشغّل كل من يتلقى مخصصات نقدية أو دمج بين المخصصات النقدية والخدمات – أن يقوم بتأمين الموظف بتأمين صحي حسب القانون, إعلام مؤسسة التأمين الوطني والدفع لهاظ كما ويجب الحفاظ على حقوقه الاجتماعية. لراحتكم, تستطيعون الإعلام والدفع بواسطة خدمة الدفع والإعلام في موقع الانترنت التابع لمؤسسة التأمين الوطني.

את כל המידע בנושא זכויות וחובות העובדים הזרים ניתן לקבל באתר האינטרנט של משרד העבודה הרווחה והביטחון החברתי [www.gov.il/he/department/guides/rights-of-foreign-workers](http://www.gov.il/he/department/guides/rights-of-foreign-workers)  
 جميع المعلومات حول حقوق وواجبات العمال الأجانب موجودة في موقع الانترنت التابع لوزارة العمل والرفاه والضمان الاجتماعي [www.gov.il/he/department/guides/rights-of-foreign-workers](http://www.gov.il/he/department/guides/rights-of-foreign-workers)

מידע מקיף ניתן לקבל גם בלשכה הפרטית להעסקת עובדים זרים.  
 معلومات شاملة موجودة في المكتب الخاص لتوظيف العمال الأجانب

**כיצד יש להגיש את הבקשה לגמלה בכסף**  
 كيفية تقديم الطلب لتلقي المخصصات النقدية

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 ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
- מלא ידוياً, ומסحه ضوئياً مع المستندات الإضافية، وإرساله عبر موقع الانترنت/إرسال 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).

للأسئلة 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).

## חזרה לשירותי סיעוד العودة لخدمات التمريض

מי שאושרה לו גמלה בכסף יוכל לשוב ולבחור בכל עת לקבל את גמלת הסיעוד באמצעות "נותן שירותים" - היינו ארגון שיעסיק את המטפל הצמוד בשעות הסיעוד בהתאם לשיעור הזכאות שנקבע לו. יש להודיע על כך למוסד בדרכים הבאות: השארת הודעה במענה קולי במספר 02-6463888, "צור קשר" באתר הביטוח הלאומי או בפקס (ראה רשימת כתובות ומספרי פקס של מחלקות הסיעוד בסניפי המוסד לביטוח לאומי, בטופס זה) או במקרה זה, מקבל הגמלה ממשיך להיחשב כמעסיק לכל דבר ועניין לגבי שעות עבודתו של העובד שהן מעבר לשעות הזכאות.

يستطيع من تم المصادقة على مخصصات نقدية له أن يختار مرة أخرى في أي وقت الحصول على مخصصات التمريض من خلال "مقدم خدمة" - أي منظمة التي توظف مقدم رعاية ملازم خلال ساعات التمريض وفقًا لنسبة الاستحقاق المحددة له. يجب إبلاغ المؤسسة بذلك بالطرق التالية: ترك رسالة بريد صوتي على رقم 02-6463888، "اتصل" على موقع التأمين الوطني أو بالفاكس (انظر الى قائمة العناوين وأرقام فاكس أقسام التمريض في فروع مؤسسة التأمين الوطني، في هذا النموذج) أو في هذه الحالة، يستمر اعتبار متلقي المخصصات كصاحب عمل لجميع المقاصد والأغراض المتعلقة بساعات عمل العامل التي تتجاوز ساعات الاستحقاق.

המוסד רשאי לשנות את החלטתו ולהפסיק את מתן הגמלה בכסף אם לא התקיימו תנאי החוק או ממצאי בקרה יצביעו על ליקויים בטיפול או חריגות בהתנהלות.

يجوز للمؤسسة تغيير قرارها وتوقيف منح المخصصات نقدياً في حال عدم الالتزام بينود القانون أو اذا أشارت نتائج المراقبة الى خلل في العناية أو تصرف استثنائي.

## ברורים ושינויים בפרטים فحص وتغيير في التفاصيل

חובה להודיע למוסד לביטוח לאומי על פי הכתובות ומספרי פקס על כל שינוי בנתונים שנמסרו למוסד בבקשה לקבלת הגמלה בכסף, כולל זהות המטפלים והן לגבי היקף ההעסקה.

يجب إبلاغ مؤسسة التأمين الوطني بواسطة الفاكس أو البريد عن أي تغيير في التفاصيل التي قُدمت ضمن هذا الطلب يشمل هوية الموظف المساعد ونطاق العمل.

שאלות וביירוים ניתן להפנות בפקס למחלקת הסיעוד בסניף המטפל.  
للأسئلة والاستفسار، الرجاء التوجه بواسطة الفاكس لقسم التمريض في فرعك.

## חובה לחתום על טופס הבקשה التوقيع على نموذج الطلب إلزامي

**כתובות ומספרי פקס של מחלקות הסיעוד בסניפי המוסד לביטוח לאומי**  
**عناوين وأرقام فاكس أقسام التمريض في فروع مؤسسة التأمين الوطني**

מס' פקס رقم الفاكس	כתובת العنوان	סניף الفرع
08- 8686723	רח' הבנים 14	אשדוד أشدود
08- 6711173	רח' הנשיא 101	אשקלון أشقلون
		באר שבע بئر السبع
03-6152980	רח' אהרונוביץ 12	בני ברק بني براك
04-6328084	רח' הלל יפה 7א'	חדרה الخصيرة
03-5022483	רח' פנחס לבון 26	חולון حولون
04-8134959	שד' פל"ים 8	חיפה حيفا
04-6721848	רח' הופיין 1	טבריה طبريا
		יפו يافا
02-6755592	רח' שמעון בן שטח 4	ירושלים القدس
09-7478216	רח' ויצמן 39	כפר סבא كفر سابا
04-9907849	רח' נשיאי ישראל 11	כרמיאל كرميتيل
04-9528123	רח' ויצמן 62	נהריה نهاريا
04-6027420	רח' המחצבות 3 אזור תעשייה נצרת	נצרת الناصرة
09-8602759	רח' הרצל 68	נתניה نتانيا
04-6529227	רח' מנחם 1	עפולה العفولة
03-9114857	רח' רוטשילד 72	פתח תקווה بيتاح تكفاة
04-8467616 04-8467551	רח' אחי אילת 50 קריית חיים	קריות الكرايوت
03-9426781	רח' ישראל גלילי 7	ראשלי"צ ريشون لتسيون
08-9345955	רח' רמז 64	רחובות رحوبوت
08-9777471	רח' דני מס 11	רמלה الرملة
03 – 6751901	רח' החשמונאים 15	רמת גן رמת جان
03 - 6250129	רח' יצחק שדה 17	תל אביב تل ابيب



חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
6	3	סוג המסמך	דפים						

בקשה לקבלת גמלה בכסף  
למעסיק מטפל צמוד

طلب لتلقي مخصصات التمريض بشكل  
نقدي لمن يشغل مساعد مُلازم

בקשה לקבלת גמלה בכסף לזכאי גמלת סיעוד המעסיק מטפל צמוד  
طلب لتلقي مخصصات التمريض بشكل نقدي لمن يشغل مساعد مُلازم

1 פרטי מגיש הבקשה  
تفاصيل مقدم الطلب

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية ס"ב
-------------------------	-------------------------	--------------------------------

אם חל שינוי בכתובת, פרטי ההתקשרות או חשבון הבנק נא מלא נספח א'  
إذا طرأ تغيير في العنوان أو معلومات الاتصال أو الحساب المصرفي، فيرجى ملء ملحق أ'

2 פרטי מטפלים  
تفاصيل المساعدين

שם الاسم	ת.ז./דרכון رقم الهوية / جواز السفر	קרבה/קשר نوع القرابة / العلاقة	שנת לידה سنة الميلاد	מין الجنس	מטפל צמוד: תושב זר או תושב ישראל? מساعد مُلازم: أجنبي أم مواطن اسرائيلي	תאריך תחילת עבודה تاريخ بداية العمل
						1
						2
						3

3 פרישת תכנית הטיפול למעסיק מטפלים תושבי ישראל בלבד  
تفصيل برنامج عمل المساعدين لمن يشغل مواطن اسرائيلي فقط

לפי נא פרט את שעות העבודה של כל מטפל ישראלי. יש לצרף חוזה עבודה של כל מטפל הרשום מטה  
فصل ما هي ساعات دوام عمل المواطن الاسرائيلي. يجب ارفاق عقد عمل عن كل مُساعد مسجل أدناه

שם המטפל اسم المُساعد	זמני טיפול ساعات الدوام	יום בשבוע أيام الاسبوع						
		א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'	שבת
.1	משעה من الساعة							
	עד שעה حتى الساعة							
.2	משעה من الساعة							
	עד שעה حتى الساعة							

באפשרותך לשלב גמלה בכסף ושירותי סיעוד בו בזמן – ראה הסבר בדף המידע.  
(ימלא רק מי שמעוניין בשילוב גמלה בכסף ושירותי סיעוד)  
بإمكانك دمج مخصصات التمريض النقدية مع الخدمات التمريضية في نفس الوقت – أنظر الشرح في صفحة التعليمات.  
(عَبَّئها إذا أردت الدمج بين المخصصات النقدية وخدمات التمريض)

- אני מעוניין לקבל גמלה בכסף ואת השירותים באים: (סמן ליד השרותים הרצויים)  
أطلب تلقِي المخصصات النقدية مع الخدمات التالية: (أشتر بجانب الخدمات المطلوبة)
- קהילה תומכת (עדיין לא קיים בכל היישובים)  
مجتمع داعم (غير متوفر بعد في جميع البلدات)
- טיפול אישי בבית באמצעות חברה נות"ש  
مساعدة شخصية في البيت بواسطة مقدّم الخدمات

- משדר מצוקה       מוצרי ספיגה       מרכז יום       שירותי כביסה  
جس الاغاثة      أدوات الامتصاص      مركز يوم      خدمات غسيل

הבקשה הוגשה ביוזמת (למלא כאשר היוזם אינו המבקש ומשפחתו)  
تم تقديم الطلب بمبادرة (يجب تعبئة هذا البند اذا كان المُبادر شخصا آخر غير المسن وعائلته)

5

שם ושם משפחה الاسم واسم العائلة	טלפון الهاتف	קשר למבקש הגמלה صلة القرابة لمقدم الطلب

הצהרת המבקש  
تصريح صاحب الطلب

6

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בבקשת הגמלה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.  
ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן 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 בבקשה 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 שכל הפרה של התנאים לקבלת מטפל צמוד תביא להפסקה מידית של האישור.  
ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות עליו להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.  
במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

אנא המועד אדנא מִדִּיב מִדִּיב וְאִסְרָח בִּהַדָּא אֲנִי כָּל תִּפְסִיכָה וְנִסְפָּחִיהָ הֵם נִכּוֹנִים וּמְלֵאִים.  
אֵלֶּם אֲנִי תַּזְוִיד תִּפְסִיכָה גַּיִר כְּשִׁיכָה אֲוִי אִחְפָּא מְעַטִּיכָה תְּעַבֵּיר מִחַלְפָּה לְלִקָּנוֹן, וְאֲנִי הַשִּׁיחַשׁ הַדִּיב יִקְוִם, בַּלְעַלֵּם אֲוִי אִחְתִּיכָל, לְמִסָּדָקָה עַלִּי דִּפַּע  
לְמִסְפָּחָה וּפִקְ הַדִּיב הַלִּקָּנוֹן, אֲוִי זִיכָּדְתָהּ עַן טְרִיק אִחְפָּא תִּפְסִיכָה דַּת אִמְיָה, סִיעָקָב דִּפַּע גְּרָמָה אֲוִי בַּלְסַגְן.  
אֵלֶּם אֲנִי אִיִּי תִּגְבִּיר פִּי אֲחַד תִּפְסִיכָה הַדִּיב אֲוִי מִלְחָקָה קִד יִזְוֵר עַלִּי אִסְתַּחֲפָקִי לְלְמִסְפָּחָה אֲוִי עַלִּי תִּרָאכִם דִּיבִי, לְהַדָּא אֲלְתִּרַם בַּלְתִּבְלִיג עַן אִי  
תִּגְבִּיר כְּלָל 30 יוֹם.

אֵלֶּם בָּאֵן אִי חֵלֵל פִּי שְׂרִוּוֹת אִסְתַּחֲפָקִי לְמִסָּדִי מְלָזִם סִיּוּדִי אֵלִי אִיכָּפִי מְוָאִפָּה/לְתִּסְדִּיק פִּוּרָא.  
אֵלֶּם אֵנִי אִנִּי אִזָּא טְרָאֵת תִּגְבִּירָת עַלִּי בִּינָאֵת אִלְתִּבְסָל, יִכְּבִּ עַלִּי אִבְלָג מְוָסָה תְּאָמִין הַוְּלָטְנִי.  
פִּי חָלָה עַדֵּם תְּחִדִּית תִּפְסִיכָה אִלְתִּבְסָל, סִיטִם אִרְסָל מְעִלּוֹמָת עִבֵּר הַלִּקָּנוֹת הַתִּי אִשְׁרַת אִלְבִּיהָ פִּי הַדָּא הַנְּמוּדִג.

שם ושם משפחה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבקש \*  
الاسم واسم العائلة \_\_\_\_\_ تاريخ \_\_\_\_\_ توقيع مستحق المخصصات



## הצהרת מגיש הבקשה שאינו המבקש תصريح مقدم الطلب إن لم يكن صاحب الشأن

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בבקשה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה 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 בבקשה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על הזכאות לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי שכל הפרה של התנאים לקבלת מטפל צמוד תביא להפסקה מיידית של האישור.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות עליו להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

أنا الموقع أدناه مقدم طلب التمريض وأصرح بهذا أن جميع التفاصيل التي قُدمت ضمن هذا الطلب وملاحقه صحيحة وكاملة. أعلم أن تزويد تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات تعتبر مخالفة للقانون، وأن 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 أن أيّ تغيير في أحد تفاصيل هذا الطلب أو ملاحقه قد يؤثر على استحقاقى للمخصّصات أو على تراكم دين، لهذا ألتزم بالتبليغ عن أيّ تغيير خلال 30 يوم.

أعلم بأن أي خلل في شروط الاستحقاق لمساعد ملازم سيؤدي الى إيقاف الموافقة/التصديق فوراً.

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.

שם ושם משפחה	כתובת
الاسم واسم العائلة	العنوان
הקשר למבקש	תאריך
الصلة لمقدم الطلب	تاريخ
	חתימת המבקש * توقيع مقدم الطلب

**פרטי התקשרות וחשבון בנק**  
**تفاصيل الاتصال وحساب البنك**

**פרטי הכתובת**

تفاصيل العنوان

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים)**

**العنوان (المسجل في وزارة الداخلية)**

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

דואר אלקטרוני: بريد الكتروني:	טלפון נייד هاتف خلوي	טלפון קווי هاتف أرضي
_____@_____	_____	_____

**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:

מס' זהות של איש קשר رقم هوية جهة الاتصال	שם פרטי של איש קשר الاسم الشخصي لجهة الاتصال	שם משפחה של איש קשר اسم عائلة 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 הרשומה למעלה)**

عنوان للمراسلة (إذا كان مختلفاً عن العنوان المسجل في وزارة الداخلية)

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

**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: אطلب 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

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 כדיון, 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 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 היא 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 أو 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 الاستحقاق أو 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 أو جزءاً منه بالخطأ أو 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 ✕  
التاريخ \_\_\_\_\_ توقيع متلقي المخصصات

חתימת השותפים לחשבון ✕  
توقيع الشركاء في الحساب