



תביעה לקצבת נכות כללית ובקשה להענקה מטעמי צדק طلب مخصصات العجز وطلب منح لأسباب تتعلق بالعدالة


**על מנת לייעל את הטיפול בתביעתך, אנא צרף לבקשה זו:
من أجل المساهمة في معالجة طلبك، الرجاء إرفاق ما يلي:**

- ❏ סיכומי מחלה או כל מסמך רפואי אחר המצוי ברשותך בדבר מצבך הרפואי, המפרטים את כל המחלות הכרוניות, הטיפולים והתרופות שהינך נוטל.
تقارير طبية أو كل مستند طبي آخر يشير إلى وضعك الصحي ويفصل جميع الأمراض المزمنة، العلاجات والأدوية التي تتناولها.
- ❏ **אם אתה שכיר:**
إذا كنت أجيرًا:
◀ תלושי שכר או אישורים של מעביד על ההכנסות ב-15 החודשים האחרונים (אישור המעסיק על תקופת ההעסקה ועל שכר החתום ע"י המעסיק – עמודים 9-11 בטופס התביעה). אם הפסקת לעבוד, יש לצרף אישור מהמעביד.
قوائم الرواتب أو تصديقات صاحب العمل عن الدخل في ال-15 شهرا الأخيرة (يجب أن يكون تصديق صاحب العمل عن فترة العمل والراتب موقَّع من صاحب العمل في صفحات 9-11 لنموذج الطلب). في حالة توقُّفك عن العمل، عليك إرفاق تصريح يثبت ذلك من مكان عملك.
- ❏ **אם ב-15 החודשים האחרונים קיבלת דמי מחלה בעבור תקופות שבהן לא עבדת, או תשלום כלשהו מחברת ביטוח עקב מחלה, יש לצרף אישור מהמעסיק או מחברת הביטוח.**
إذا كنت قد حصلت على بدل إجازة مرضية عن فترات لم تعمل بها في آخر 15 شهرا أو حصلت على أي دفعة كانت من شركة تأمين بسبب مرض فعليك إرفاق تصريح من صاحب العمل أو من شركة التأمين.
- ❏ **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 لممثل في مسائل المخصصات".
- ❏ **אם החותם על התביעה אינו תובע הקצבה עצמו, נא למלא גם את סעיף 4 בטופס התביעה ולצרף ייפוי כוח, צו אפוטרופוס או פסק דין – אם ישנו.**
إذا كان موقع الطلب ليس صاحب الطلب نفسه، يجب تعبئة التفاصيل في بند 4 من نموذج الطلب وإرفاق توكيل، أمر وصاية أو قرار محكمة بذلك – إذا وجد.
- ❏ **לפני הגשת התביעה – בדוק אם יש מסמכים נוספים (לאלה הרשומים לעיל) שעליך לצרף, לפי הנחיות בגוף הבקשה. قبل تقديم الطلب – قم بفحص إذا كانت هنالك وثائق أخرى يجب عليك إرفاقها (إضافة للوثائق المذكورة أعلاه)، وفقا للتعليمات في نص الطلب.**

כיצד יש להגיש את התביעה كيفية تقديم الطلب

- יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בטופס התביעה. 
- يجب تعبئة نموذج الطلب وفقاً للتعليمات المسجلة فيه ورافاق اثباتات إضافية كما هو مطلوب في نموذج الطلب. 
- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
- למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
- تعبئة الطلب في موقع التأمين الوطني www.btl.gov.il وارساله عبر الانترنت مع المستندات الإضافية لفرع التأمين الوطني التابع لمكان سكنك.
- למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
- تعبئة الطلب خطياً ومسحه ضوئياً مع المستندات الإضافية ومن ثم ارساله بواسطة موقع الانترنت/ارسال مستندات. 
- לשלוח בדואר, בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים. 
- إرسال عن طريق البريد أو الفاكس أو وضعه في صندوق الخدمة بالفرع حسب مكان الإقامة.
- לשאלות וביירוטים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il 
- لأسئلة والاستفسار عليك التوجه للمركز الهاتفي رقم *6050 أو 04-8812345، أو التوجه عبر موقع الانترنت www.btl.gov.il.

לידיעתך لعلمك

- אם לך ולבן/בת זוגך אין אמצעי מחיה, מוצע לך לבדוק את זכאותך להבטחת הכנסה, שכן זמן הטיפול בתביעה לנכות עשוי להימשך עד 90 ימים. 
- تستطيع فحص إستحقاقك لمخصصات ضمان الدخل إذا لم يكن لديك أو لزوجك/تك أي مصدر معيشة، إذ أن معالجة طلب مخصصات العجز قد يستمر 90 يوماً.
- אם הינך בעל מוגבלות ברגליים, באפשרותך להגיש גם בקשה לבדיקה רפואית לקביעת מוגבלות בניידות. 
- إذا كنت معاقاً في القدمين، بإمكانك تقديم طلب لفحص طبي لتحديد إذا كنت من محدودتي التنقل.
- מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il, כולל סרטון הדרכה למילוי הטופס. 
- يمكن الاستعانة بموقع التأمين الوطني على الإنترنت للحصول على معلومات إضافية www.btl.gov.il يشمل أيضاً فيديو إرشاد لتعبئة الطلب.
- באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לזעדה הרפואית ללא תשלום במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496. 
- يمكنك الحصول على خدمات استشارة وتحضير للجنة الطبية مجاناً في مركز ياد ميكافينت. لتحديد موعد، اتصل على *2496.

חובה לחתום על טופס התביעה

التوقيع على نموذج الطلب إجباري

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד
كتب هذا النموذج بصيغة المذكر لكنّه موجّه للنساء والرجال على حدّ سواء

2

פרטים על עבודה ב-15 החודשים האחרונים (יש לרשום את הפרטים ולצרף אישורי שכר) تفاصيل عن عمل خلال ال- 15 أشهر أخيرة (عليك تسجيل التفاصيل ورفاق قسامم الرواتب)

- לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: _____
لم أعمل بتاتا، اذكر السبب:
- עבדתי והפסקתי לעבוד, פרט את הסיבה: _____
عملت سابقا وتوقفت عن العمل، اذكر السبب:
- אני ממשיך לעבוד
أنا مستمر في العمل

פרטים על העבודה
تفاصيل عن العمل

הכנסה (ברוטו) הדخل (الراتب الإجمالي)	מס' שעות עבודה ביום או היקף משרה عدد ساعات العمل يوميا أو نسبة الوظيفة	תקופת עבודה فترة العمل		תפקיד الوظيفة	פרטי מקום העבודה (עבודה היום או עבודה אחרונה) تفاصيل مكان العمل (مكان العمل حاليا أو آخر مكان عمل)
		עד תאריך حتى تاريخ	מתאריך منذ تاريخ		
					שם: _____ الاسم: _____ טלפון: _____ رقم الهاتف: _____

האם ב-15 החודשים האחרונים קיבלת דמי מחלה בעבור תקופות שבהן לא עבדת, או תשלום כלשהו מחברת ביטוח עקב מחלה?

- هل حصلت على إجازة مرضية عن فترات لم تعمل بها في آخر 15 شهرا أو حصلت على أي دفعة كانت من شركة تأمين نتيجة مرض؟
- לא כן, מהמעסיק (צרף אישור) כן, מחברת ביטוח (צרף אישורים) נעם, מן صاحب العمل (ارفق تصديق) נעם, מן شركة التأمين (ارفق تصديقات)

האם יש לך או הייתה לך ב-15 החודשים האחרונים הכנסה שלא מעבודה, כמו פנסיה (בישראל או מחו"ל), תמיכה לתלמידי ישיבות, תגמול ממשד הביטחון, תשלומים מחברת ביטוח, הכנסה הונית, מזונות, הכנסה מרכוש וכד'?

هل كان لديك أي نوع دخل في ال 15 أشهر الأخيرة ليس من عمل، مثل تقاعد (في اسرائيل أو خارج البلاد)، دعم لطلاب المؤسسات الدينية، مخصصات من وزارة الدفاع، دفعات من شركة تأمين، دخل من رأس مال، نفقة، دخل من أي مُلك وما شابه؟

- לא כן, פרט: _____ (צרף אישור)
لا نعم، فصل: _____ (ارفق تصديق)

פרטים על הנכות – סמן את הסעיף בו מתוארת המחלה או התסמינים מהם אתה סובל. אם נבדקת ע"י רופא מומחה בתחום המחלה – נא צרף העתק של חוות הדעת. אם אושפזת בבית חולים בגין המחלה – נא צרף את מכתב השחרור.
تفاصيل عن العجز – اختر البند الذي يصف المرض أو الأعراض التي تعاني منها. إذا فُحصت لدى طبيب مختص – الرجاء إرفاق نسخة عن تقرير الطبيب. إذا مكثت في المستشفى بسبب المرض – الرجاء إرفاق مکتوب الخروج من المستشفى.

האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה? هل فُحصت لدى طبيب مختص في مجال المرض؟	האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות? هل مكثت في المستشفى بسبب مرض في السنتين الأخيرتين؟	מתאריך (שנה, חודש) منذ تاريخ (السنة، الشهر)	סמן ב-V את המחלה או התסמינים מהם אתה סובל أشرب-V إلى المرض أو الأعراض التي تعاني منها	
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم		בעיה נפשית (מקבל טיפול) مشكلة نفسية (أنتلقى علاج)	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم		הפרעות בבלוטת התריס اضطرابات في الغدة الدرقية	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم		יתר לחץ דם فرط ضغط دم	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم		ליקוי שכלי إعاقة عقلية	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم		ליקוי שמיעה ضعف سمع	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم		ליקויי ראייה ומחלת עיניים – האם קיבלת תעודת עיוור ממשרד הרווחה - השירות לעיוור? ضعف بصر وأمراض في العينين – هل حصلت على بطاقة كفيف من وزارة الرفاه - خدمة المكفوفين? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא لا <input type="checkbox"/> نعم נמצא בתהליך הכרה לתעודת עיוור متواجد في إجراء اعتراف لبطاقة كفيف <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא لا <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم		מחלה אורתופדית (גפיים עליונות ותחתונות, גב, צוואר, דלקת פרקים) مرض في العظام (الأطراف العلوية والسفلى، ظهر، رقبة، التهاب مفاصل)	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم		מחלות בתחום נוירולוגי (כולל אלצהיימר, פרקינסון, אפילפסיה ואירוע מוחי) أمراض عصبية (مرض الزهايمر، مرض باركنسون، الصرع والجلطة الدماغية)	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم		מחלות דרכי עיכול (כולל קיבה ומעינים) أمراض أجهزة الهضم (بما في ذلك المعدة والأمعاء)	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم		מחלת כבד (כולל צהבת) أمراض الكبد (بما في ذلك مرض اليرقان (صفرى))	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم		מחלת כליות (כולל דיאליזה) أمراض الكلى (بما في ذلك غسيل الكلى)	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم		מחלת לב أمراض القلب	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم		מחלת עור أمراض الجلد	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم		מחלת ריאות (כולל אסתמה) أمراض الرئتين (بما في ذلك الربو)	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم		סכרת مرض السكري	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> نعم		סרטן (כולל לימפומה ולוקמיה) مرض السرطان (بما في ذلك سرطان الغدد الليمفاوية والدم)	<input type="checkbox"/> 16

פרטים על הנכות – המשך

תفاصيل عن العجز – تكملة

17	<input type="checkbox"/>	קורונה קورونا	<input type="checkbox"/>	כן نعم	<input type="checkbox"/>	כן نعم	
18	<input type="checkbox"/>	אחר آخر	_____	<input type="checkbox"/>	כן نعم	<input type="checkbox"/>	כן نعم
19	<input type="checkbox"/>	אחר آخر	_____	<input type="checkbox"/>	כן نعم	<input type="checkbox"/>	כן نعم

נא סמן אם עברת אחת או יותר מהבדיקות המפורטות להלן בשנתיים האחרונות (אם כן, אנא צרף את תוצאות הבדיקות):
أشر رجاءً إلى الفحوصات التي أجريتها في السنتين الأخيرتين (الرجاء إرفاق نتائج الفحوصات):

אקו לב EMG CT (טומוגרפיה ממוחשבת) MRI (תהודה מגנטית) תפקוד ריאות צנתור אנדוסקופיה
تخطيط القلب EMG CT (تصوير مقطعي) MRI (تصوير مغناطيسي) عمل الرئتين قسطرة تنظير

- האם נכותך, כולה או חלקה, נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים? לא כן, תאריך תאונה: _____ - חובה לענות על שאלה זו
هل حصل العجز، كله أو جزء منه، نتيجة حادث طرق؟ لا نعم، تاريخ الحادث: _____ الإجابة عن هذا السؤال إلزامية

- האם נכותך, כולה או חלקה, נגרמה כתוצאה מאירוע תאונתי אחר/נוסף (רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר וכיוצ"ב)
هل حصل العجز، كله أو جزء منه، نتيجة حادث آخر (إهمال، سقوط من علو، اعتداء، إصابة من مسبب آخر وما شابه)؟

לא כן, נא פרט _____ - חובה לענות על שאלה זו
لا نعم، فصل رجاءً الإجابة عن هذا السؤال إلزامية

תאריך האירוע: _____ - חובה לציין תאריך

تاريخ الحادث: **يجب عليك تسجيل التاريخ**

האם פנית למשרד הביטחון בשל פגיעה במהלך השירות הצבאי? לא כן, צרף העתק של דוח הוועדה הרפואית
هل توجهت بطلب لوزارة الدفاع بسبب إصابة قد حصلت لك في فترة الخدمة العسكرية؟ لا نعم، ارفق نسخة عن تقرير اللجنة الطبية

אם טופלת בשנה אחרונה ע"י הלשכה לשירותים חברתיים או התחנה לבריאות הנפש, סמן V במקום המתאים וציין את הכתובת/
شם היישוב:

إذا كنت قد تلقيت علاج في السنة الأخيرة لدى مكتب الخدمات الإجتماعية مركز الصحة النفسية، أشر ب V في المكان المناسب سجّل العنوان/اسم البلدة:

הסכמה לקביעת הנכות ע"י הרופא ללא נוכחות

موافقة على قرار الطبيب لتحديد نسبة العجز بدون المثول للفحص

אני מסכים בזאת שרופא יקבע לי את אחוזי הנכות הרפואית ע"פ מסמכים בלבד ובלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שאף שנתתי את
הסכמתי לכך, ייתכן שיהיה עליי להגיע לבדיקה, אם הרופא ידרוש זאת.

أوافق بهذا، بأن يقرر الطبيب نسبة إعاقتي وفقاً للمستندات المرفقة ودون أن يستدعيني للفحص الطبي. أعلم أيضاً أنه رغم موافقتي، يتوجب علي الخضوع للفحص
في حالة استدعائي من قبل الطبيب.

חתימת התובע *

توقيع مقدم الطلب

5

פרטי חשבון הבנק של התובע

תفاصيل حساب بنك مقدم الطلب

אבקש להעביר כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:
أرجب في تحويل أي دفعة مستحقة لي من مؤسسة التأمين الوطني فيما يتعلق بهذا الطلب إلى حسابي، والتي ترد تفاصيله أدناه:

שמות בעלי החשבון

اسم صاحب الحساب

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

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

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק 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, 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 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 الموقع أدناه، شريك في حساب البنك التابع لحامل بطاقة هوية رقم _____، الإسم _____، ألتزم باستخدام مبلغ المخصصات الذي سيحوّل إلى الحساب، لمصلحة متلقي المخصصات.

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.

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

أوافق بأن تتوجه المؤسسة للبنك المذكور أعلاه، بواسطة الاتصالات المحوسبة، لغرض التحقق من ملكيتي لحساب البنك أعلاه وتزويدها بالمعلومات الضرورية لهذا الغرض. بالتبادل، أدرك بأن المؤسسة تستطيع طلب مستندات وإثباتات إضافية من أجل التحقق من تفاصيل حساب البنك المصرح عنه أعلاه ويجب علي إرفاقها حسب الطلب.

תאריך التاريخ	חתימת תובע הקצבה توقيع مقدم الطلب	x	חתימת/חתימות השותפים לחשבון توقيع الشركاء في الحساب	x	קרבה לתובע نوع القرابة لمقدم الطلب
------------------	--------------------------------------	---	--	---	---------------------------------------

6 הצהרת התובע או מגיש התביעה

תצטרך מסך מקדם הטיפול או מהכלה

אני החתום מטה תובע קצבת נכות, ומצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הם 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 לקצבה 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. במידה ועל סמך המסמכים הרפואיים ניתן יהיה לקבוע קצבת נכות בשיעור מלא, אני מסכים כי הקביעה תעשה ללא זימוני לבדיקה. ידוע לי כי בכל מקרה אוכל לבקש זימון לבדיקה.

אני מסכים לוועדה בווידאו צ'אט כן לא.

אני מסכים בזאת שעובד שיקום ייתן חוות דעת בנוגע לכושר השתכרותי על סמך שיחה טלפונית או זום וזאת לאור בקשתי שלא להגיע לפגישה אישית בסניף. ידוע לי שחוות דעת זאת של פקיד שיקום ניתנת לצורך בדיקת זכאותי לקצבת נכות.

אני מסכים להיבדק לצורך שירותים מיוחדים, אם תהיה המלצה של רופא הסניף על בדיקה זו.

אני מסכים להעביר מידע למשרד הרווחה - השירות לעיוור במידה וייקבעו לי 90% נכות רפואית בגין ליקויי ראייה.

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.

אנא המועד אדאע מקדם طلب مخصصات العجز، أصرح بهذا، أن جميع التفاصيل التي قَدِّمت 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، بالمصادقة على دفع المخصصات وفق هذا القانون، أو زيادتها عن طريق إخفاء تفاصيل ذات أهمية، سيعاقب بدفع غرامة أو بالسجن.

أعلم أن أي تغيير في أحد تفاصيل هذا الطلب أو ملاحقه قد يؤثر على استحقاقى للمخصصات أو على انشاء دين، لهذا ألتزم بالتبليغ عن أي تغيير خلال 30 يوم. كما ألتزم بإبلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أي سفر إلى خارج البلاد لفترة تتعدى ثلاثة أشهر.

إذا تم تحديد مخصصات عجز كاملة وفقا للتقارير الطبية فأنا أوافق على ان يتم التحديد دون استدعائي للفحص.

أعلم أنه يمكنني طلب استدعاء لفحص على أي حال.

أوافق على إجراء لجنة عبر دردشة فيديو نعم لا.

أوافق بموجب هذا على أن يمنح موظف إعادة التأهيل رأيه فيما يتعلق بقدراتي على الكسب بناءً على معاملة هاتفية أو عبر الزوم وذلك على ضوء طلبي بعدم حضور لقاء شخصي في الفرع. أدرك أن رأي موظف إعادة التأهيل هذا قد أعطي لغرض التحقق من استحقاقى للحصول على مخصصات الإعاقة.

أوافق على أن يتم فحصي لمخصصات الخدمات الخاصة إذا نصح طبيب الفرع بهذا الفحص.

أوافق على نقل معلومات لوزارة الشؤون الاجتماعية - خدمة الكفيف في حالة حدّدت لي نسبة 90% عجز طبي بسبب أعاقة بصرية.

أعلم بأنه يجب إبلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أي تغيير قد يحدث في تفاصيل الاتصال لدي.

في حال عدم تحديث تفاصيل الاتصال فسيتم إرسال المعلومات عبر القنوات التي سجّلتها في هذا النموذج.

אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

אوافق بهذا على نقل المعلومات الخاصة بي إلى المؤسسات التي تقدّم الامتيازات، إذا كنت مؤهلاً للحصول على هذه الامتيازات.

תאריך
التاريخ

חתימת התובע או מגיש התביעה *
توقيع مقدم الطلب أو وكيله

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית
مؤسسة التأمين الوطني
إدارة المخصصات
العجز العام

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות כללית
تصريح بالتنازل عن السرية الطبية

اسم المخصصات: العجز العام

פרטים אישיים

التفاصيل الشخصية

קוד גמלה رمز المخصصات	מספר זהות/דרכון رقم الهوية/جواز السفر	תאריך תביעה تاريخ تقديم الطلب			
33		<table border="1"> <tr> <td>שנה سنة</td> <td>חודש شهر</td> <td>יום يوم</td> </tr> </table>	שנה سنة	חודש شهر	יום يوم
שנה سنة	חודש شهر	יום يوم			
שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي				

חבר בקופת חולים
عضو في كوبات حوليم

כללית
 מאוחדת
 מכבי
 לאומית
 אחר
 كلاليت
 متوحيديت
 مكابي
 لئوميت
 آخر

הצהרה

تصريح

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, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

אנא המועד אדנא, המזכורה תפאסילי אעלאה פי זהא הנמודג, אتناזל ען הסריה הטביה ואטלב בהזא תזויד מוססה התאמין الوطني أو من يمثلهأ، بكل المعلومات عن مرضي، حالتي الصحية، العلاج الذي أتلقاه، نتائجه، معلومات حول ترتيب في إطار خارج المنزل، وأي معلومة أخرى، أو كل مستند طبي أو تأهيلي أو نفسي عني شخصيا.

תאריך _____ חתימת התביעה X _____
التاريخ _____ توقيع مقدم الطلب

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית
مؤسسة التأمين الوطني
ادارة المخصصات
العجز العام



אישור המעסיק על תקופת
ההעסקה ועל השכר
تصديق صاحب العمل عن فترات
العمل والأجر

פרטי המעסיק

תفاصيل صاحب العمل

שם המעסיק اسم صاحب العمل		מספר תיק ניכויים/מס' ת"ז رقم ملف الاستقطاعات/رقم الهوية	
מספר טלפון رقم الهاتف	מספר פקס رقم الفاكس	דואר אלקטרוני البريد الالكتروني	

פרטי העובד השכיר

تفاصيل العامل الأجير

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية ס"ב الرقم الاضافي
העובד הועסק מתאריך _____ يعمل العامل لدي منذ تاريخ _____	עד תאריך _____ حتى تاريخ _____	הסיבה להפסקת העבודה: _____ سبب توقيه عن العمل: _____
<input type="checkbox"/> פרש מהעבודה סופית בתאריך _____ تقاعد من العمل بشكل نهائي في تاريخ _____	<input type="checkbox"/> יתרת ימי מחלה שלא נוצלו _____ رصيد الأيام المرضية غير المستغلة _____	<input type="checkbox"/> ממשיך לעבוד: חלקיות משרה _____ مستمر في العمل: وظيفة جزئية بنسبة _____
<input type="checkbox"/> ימי המחלה נוצלו במלואם בתאריך _____ تم استغلال جميع أيام الإجازة المرضية في تاريخ _____		

תשלומים אחרים

דفعات أخرى

1. האם שולמו (למעט דמי מחלה) תשלומים כלשהם מיום הפסקת העבודה בפועל ועד ליום הפרישה (עד ניתוק יחסי עובד-מעביד)?
هل تم دفع أي مدفوعات (باستثناء أجر أيام مرضية) من تاريخ الإنهاء الفعلي للعمل حتى موعد التقاعد (حتى إنهاء علاقة العمل بين العامل وصاحب العمل)?
 לא כן
لا نعم

2. האם מבוטח לעניין אי כושר עבודה בחברת ביטוח? לא כן, שם החברה _____
هل مؤمن عليه في مسألة العجز عن الكسب في شركة التأمين? لا نعم, اسم الشركة _____

מהות התשלום: _____ החל מתאריך _____ עד _____
طبيعة الدفع: _____ ابتداءً من تاريخ _____ حتى _____

פרטים על העבודה והשכר

تفاصيل العمل والراتب

יש למלא פרטים על עבודת השכיר ועל השכר ב-15 החודשים האחרונים או בחודשים שקדמו למועד הפסקת העבודה, כולל חודש עבודה אחרון.

אין לכלול רכיבי שכר שאינם חייבים בדמי ביטוח לאומי ואין לכלול תשלומים שניתנו לעובד אחרי ניתוק יחסי עובד-מעביד.
يجب تعبئة تفاصيل العمل والراتب لل-15 شهرا الأخيرة أو الأشهر التي سبقت موعد التوقف عن العمل, يتضمن الشهر الأخير في العمل. لا تشمل مكونات الراتب المعفية من رسوم التأمين الوطني أو المكونات التي تلقاها الأجير بعد تركه العمل.

בחודש/בשנה الشهر/السنة	השכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לאומי בש"ח مجم الراتب الملزم برسوم التأمين الوطني بالشيكال	סכום דמי מחלה ששולמו מبلغ الإجازة المرضية المدفوع	תוספות שנכללו בשכר (הבראה, ביגוד וכד') (إضافات الراتب (نقاهة, ملابس وما شابه)	
			סכום المبلغ	סיבה السبب
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

הערות:

הצהרה

تصريح

אני החתום מטה מצהיר בזאת שמסרתי את כל הפרטים הקשורים לעבודתו של העובד.
انا الموقع أدناه أصرح بهذا أنني منحت كل التفاصيل المتعلقة بعمل العامل.

תאריך _____ חתימת ממלא הטופס ותפקידו * _____ חתימה וחותמת המעסיק/העסק * _____
التاريخ توقيع معبئ الطلب ووظيفته توقيع وختم صاحب العمل/المصلحة التجارية