



## תביעה גמלה לילד/ה נכה מخصصات לולד ذو الاحتياجات خاصة

### חובה לצרף לטופס זה עליך ארפאק מא ילי

כדי ליעל את הטיפול בתביעתך, יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף את המסמכים הבאים:

من أجل المساهمة في معالجة طلبك، يجب تعبئة الطلب حسب التعليمات المسجلة ورفاق الاثباتات التالية:

- מסמכים רפואיים עדכניים על המצב הרפואי והתפקודי של הילד, כולל סיכומי מחלה מהשנה האחרונה, שבהם פירוט של הטיפולים הרפואיים.
- תקציר טיבית חדיתת ען הווע הצטי והוועי לולד ישמל התקציר הטיבית ען السنة الأخيرة والمفصل فيها عن العلاجات الطيبية.
- מסמכים נוספים בהתאם לליקוי או המחלה שממנה סובל הילד.
- תקציר אضافית ען الإعاقة أو المرض الذي يعاني منه الولد.
- אישור לימודים שימלא המוסד החינוכי (מעון יום, גן הילדים או בית הספר) ויחתום עליו - ראה נספח אישור על לימודים.
- איתב מוע ען المؤسسة التعليمية (حضانة أو مدرسة) – أنظر الملحق عن اثبات التعليم.

### לידיעתך לעמך

לאחר הגשת התביעה, במידת הצורך, יזומנו ההורים והילד לבדיקה בוועדה רפואית. بعد تقديم الطلب ولدى الحاجة سيتم استدعاء الأهل والولد للفحص لدى لجنة طبيّة

באפשרותך לקבל שירותי יעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא תשלום במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון \*2496.

تستطيع التوجه لمركز "يد موجهة" للحصول على استشارة وتحضير مجاني. لتحديد موعد يجب الاتصال على الرقم \*2496.

על פי החוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה. وفقا للقانون, تدفع المخصصات بأثر رجعي عن فترة أقصاها 12 شهرا من يوم تقديم الطلب.

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 בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

إذا كنت ممثلاً من قبل محام، 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 استمارة بل/73: "وكالة وتنازل عن سرية لممثل في مسائل المخصصات".

### כיצד יש להגיש את התביעה כيفية تقديم الطلب

את טופס התביעה בצירוף המסמכים הנלווים ניתן:  
تستطيع تقديم الطلب مع الاثباتات اللازمة في احدى الطرق التالية:

## עמוד 1 מתוך 13

- למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il), ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.  
تعبئة الطلب في موقع التأمين الوطني [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il) وإرساله عبر الإنترنت 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 ونسخه ضوئياً مع المستندات الإضافية ومن ثم إرساله بواسطة موقع الإنترنت/إرسال 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 ולבירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)  
للاستشارة والاستفسار عليك التوجه لهاتف رقم 6050\* أو 04-8812345، أو الاستعانة بموقع الإنترنت [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### **חובה לחתום על טופס התביעה** **التوقيع على نموذج الطلب إلزامي**

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

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים	[ריבועים ריקים למילוי]

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי  
 מינהל הגמלאות  
 נכות – ילד נכה  
 مؤسسة التأمين الوطني  
 مديرية المخصصات  
 العجز – عجز الأولاد

תביעת גמלה לילד נכה  
 מخصصات للولد ذو الاحتياجات الخاصة

פרטי הילד  
 تفاصيل الولد

1

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية ס"ב
תאריך לידה تاريخ الميلاد	תאריך עלייה تاريخ القدوم الى البلاد	קופת החולים שבה מבוטח הילד صندوق المرضى المؤمن فيه الولد
שנה / חודש / יום سنة / شهر / يوم	שנה / חודש / יום سنة / شهر / يوم	כתובת العنوان

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

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

האם הילד שווה עכשיו או שהה בעבר במוסד / במשפחה אומנת / בפנימייה?  לא  כן  
 هل مكث أو يمكث الولد في مؤسسة / عائلة حاضنة / داخلية؟

כן: במוסד / בפנימייה  
 نعم: في مؤسسة/داخلية  
 במשפחה אומנת  
 عائلة حاضنة

שהה מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_  
 مكث من تاريخ \_\_\_\_\_ حتى تاريخ \_\_\_\_\_  
 עד תאריך \_\_\_\_\_  
 حتى تاريخ \_\_\_\_\_

עד תאריך \_\_\_\_\_  
 حتى تاريخ \_\_\_\_\_

האם הילד מיועד להיכנס למעון שיקומי?  כן  לא  
 هل يستعد الولد لدخول مركز لإعادة تأهيل؟  
 نعم  لا

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

קרבה אל הילד:  
صلة القرابة للولد:

הורה  אח/אחות  סב/סבתא  אפוטרופוס (יש לצרף צו אפוטרופסות)  אחר  
 والد/والدة  אח/אخت  جد/جدة  وصي  (يجب إرفاق أمر الوصاية)  آخر

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע?  לא  כן  
هل قدمت طلبك بواسطة هيئة مساعدة?  لا  نعم

הגוף המייצג או המסייע:  עורך דין  חברת מימוש זכויות  יד מכוונת  בית חולים  עמותה  
الهيئة الممثلة أو المساعدة:  محام  شركة لممارسة الحقوق  يد موجهة  مستشفى  جمعية

אחר  
آخر

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 בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

إذا كنت ممثلاً من قبل محام، 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 استمارة ب/73: "وكالة وتنازل عن سرية لممثل في مسائل المخصصات".

שם הגורם המסייע اسم الجهة المساعدة	כתובת العنوان	טלפון رقم الهاتف
---------------------------------------	------------------	---------------------

כתובת מגורים/מען למכתבים:  עם הילד  אחר, פרט:  
عنوان السكن/العنوان البريدي: مع الولد  آخر, فصل:

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

טלפון קווי رقم الهاتف	טלפון נייד الهاتف الخليوي	דואר אלקטרוני بريد الكتروني
--------------------------	------------------------------	--------------------------------

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:  
إذا لم تكن صاحب الهاتف الخليوي أو البريد الإلكتروني – الرجاء تكملة التفاصيل التالية:

שם משפחה איש קשר اسم العائلة لصاحب الهاتف	שם פרטי איש קשר الاسم الشخصي	מס' זהות איש קשר رقم الهوية ס"ב
----------------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------

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. ארצות אסלאם الرسائل التي تشمل معلومات شخصية عبر القنوات المباشرة (الديجيتال) (رسائل نصية – SMS, البريد الالكتروني) بدلا من البريد العادي. يرجى الملاحظة أنه إذا لم تُشير لعلامة "أنا أرفض"، سيتم إرسال رسائل التأمين الوطني إلى القنوات المباشرة وفقا للمعلومات التي قدمتها.

**3** פרטים על ילדים שבגינם משולמת קצבת ילד נכה  
 تفاصيل عن أولاد آخرين يتلقون مخصصات عجز

מספר זהות رقم الهوية	שם הילד اسم الولد	מספר זהות رقم الهوية	שם הילד اسم الولد
		4	
		5	
		6	

**4** פרטים על מצבו הרפואי של הילד  
 تفاصيل عن وضع الولد الصحي

מסמכים נדרשים المستندات المطلوبة	פרטי הליקוי הרפואי / המחלה تفاصيل الاعاقة/المرض
<input type="checkbox"/> אבחון רפואי מפסיכיאטר ילדים ונוער או מנירולוג או מרופא התפתחותי تشخيص طبي من طبيب نفسي للأولاد أو طبيب أعصاب أو طبيب التطور <input type="checkbox"/> אבחון פסיכולוגי מפסיכולוג התפתחותי/קליני/ שיקומי/ חינוכי ובו שימוש במבחן פסיכולוגי מותאם לגיל הילד تشخيص نفسي من طبيب نفسي للتطور/ تأهيلي/ تربوي استعمل فيه امتحان مناسب لجيل الولد <input type="checkbox"/> דוח המפרט את הכלי שבו בוצע האבחון (GARS,CARS,ADOS,PODIT,ADI,DSM-IV) تقرير يوضح الأداة التي استخدمت للتشخيص.	<b>ספקטרום אוטיסטי توحد</b>
<input type="checkbox"/> מידע מרופא אנדוקרינולוג או מומחה לטיפול בסכרת המטפל במחלקה בבית החולים معلومات من طبيب الغدد أو خبير بعلاج السكري الذي يعمل في القسم المختص في المستشفى <input type="checkbox"/> אם הילד אושפז, יש לצרף מסמך סיכום מחלה يجب ارفاق مستند لمخلص المرض في حالة مكوث الولد في المستشفى	<b>סכרת נעורים سكري الشباب</b>
<input type="checkbox"/> אודיוגרמה – בדיקת שמיעה מעודכנת בהולכת אוויר ללא מכשירי שמיעה וטימפנוגרם אם נדרש أوديوغراما – فحص سمع حديث في الممر الهوائي بدون جهاز سمع وتيمبנוغرام إذا طلب	<b>ליקוי שמיעה / חירשות ضعف سمع / صمم</b>
<input type="checkbox"/> סיכום מידע רפואי מנירולוג או מרופא מטפל על סוג המחלה ומצב האיזון שלה, סוג ההתקפים ותדירותם ומידע על הטיפול הרפואי ملخص الملف الصحي من طبيب أعصاب أو من الطبيب الذي يعالج الحالة مع ذكر نوع وتردد النوبات. <input type="checkbox"/> אם הילד אושפז, יש לצרף מסמך סיכום מחלה يجب ارفاق مستند لمخلص المرض في حالة مكوث الولد في المستشفى	<b>אפילפסיה صرع</b>
<input type="checkbox"/> בדיקת ראייה מעודכנת מרופא עיניים מטפל לחדות ראייה בכל עין עם אמצעי עזר فحص نظر حديث لحدة النظر في كل عين مع أدوات مساعدة من طبيب العيون المعالج <input type="checkbox"/> בדיקת ראייה מעודכנת מרופא עיניים מטפל לשדה ראייה בכל עין עם אמצעי עזר فحص نظر حديث لمجال الرؤية في كل عين مع أدوات مساعدة من طبيب العيون المعالج <input type="checkbox"/> תעודת עיוור ממשד הרווחה – השירות לעיוור شهادة كفيف من مكتب الشؤون الاجتماعية – مركز خدمات الكفيف	<b>ליקוי ראייה /עיוורון ضعف نظر / عمى</b>
<input type="checkbox"/> דוח התפתחותי / רפואי מעודכן تقرير حديث عن التطور / تقرير طبي حديث <input type="checkbox"/> מסמך מעודכן על הטיפולים הפרא רפואיים (קלינאי תקשורת, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וכדומה) وثيقة حديثة عن العلاجات الطبية المكملة (معالج النطق، علاج طبيعي، معالج وظيفي وما شابه) <input type="checkbox"/> אבחון מרופא התפתחותי ופסיכולוג מהמוכן להתפתחות הילד, ובו פירוט רמת העיכוב (DQ) כולל הכלי בו נעשה השימוש (ג'יזל, מולן, ביילי, גרפיתיס ודומיהם) تشخيص من طبيب تنموي وطبيب نفسي من معهد لتنمية الطفل، والذي يفصل مستوى التأخير (DQ) بما في ذلك الأداة المستخدمة (جيزيل، مولين، بيلى، جرافيتيس وما شابه)	<b>עיכוב התפתחותי تأخر في التطور</b>

**המשך 1 פרטים על מצבו הרפואי של הילד:**  
**تكملة 1 التفاصيل عن وضع الولد الصحي:**

**פרטים על מצבו הרפואי של הילד**  
**تفاصيل عن وضع الولد الصحي**

<p><input type="checkbox"/> דוח התפתחותי / רפואי מעודכן          تقرير تنموي / طبي محدث</p> <p><input type="checkbox"/> מסמך מעודכן על טיפולים פרא רפואיים (קלינאי תקשורת, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וכדומה) ותיקה מחדשה על علاجات الرعاية الطبية (معالج نطق ولغة، العلاج الطبيعي، العلاج المهني، إلخ.)</p> <p><input type="checkbox"/> מסמך רפואי ממומחה לאלרגיות על ההיסטוריה הרפואית, תכנית הטיפול והצורך במזרק אפינן. ותיקה طبية عن فترة المرض وتاريخه من اخصائي في مجال الحساسية، برنامج المعالجة والحاجة لحقنة أفيون.</p> <p><input type="checkbox"/> תוצאות מעודכנות, המעידות על רגישות יתר ניכרת (בדיקות עזר לאבחנת רגישות יתר מסוג תבחין עורי, מבחן תגר) النتائج الحديثة التي تبين الحساسية الزائدة المعروفة (فحوصات مساعدة لتشخيص الحساسية الزائدة من نوع اختبار الجلد).</p> <p><input type="checkbox"/> תיעוד לתגובה אלרגית כולל מרכיב נשימתי או שוק אנפילקטי. תوثيق لردة فعل لحساسية يشمل عنصر في الجهاز التنفسي او صدمة حساسية.</p>	<p><b>סיוע בתקשורת</b>          مساعدة في النطق (التواصل مع)</p> <p><b>אלרגיות</b>          حساسية</p>
<p><input type="checkbox"/> דו"ח מהמכון להתפתחות הילד עם סיווג הרמה התפקודית לפי מבחן gmfcs+macs. تقرير من مركز تطور الطفل مع تصنيف المستوى الوظيفي وفقا لامتحان ال gmfcs+macs.</p> <p><input type="checkbox"/> מסמך רפואי מנוירולוג. تقرير طبي من طبيب الاعصاب.</p>	<p><b>שיתוק מוחין/ CP</b>          الشلل الدماغي/CP</p>
<p><input type="checkbox"/> מסמך רפואי מעודכן על אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון ההיסטוריה הרפואית, סוג הטיפול שניתן, ותדירותו. وتيقة طبية حديثة عن الحالة الطبية والوظيفية للولد مع تحديد تاريخها الطبي للحالة, نوع العلاج المعطى وتردده.</p> <p><input type="checkbox"/> דוח על מעקב במרפאות מומחים – פירוט תכנית הטיפולים בהמשך تقرير عن المتابعة في العيادات المختصة – تفصيل برنامج العلاجات القادمة</p> <p><input type="checkbox"/> מסמך רפואי מנוירולוג (רק למי שסובל מליקוי בשתי גפיים) وتيقة طبية من طبيب الاعصاب (لمن يعاني من عطل في الطرفين فقط)</p>	<p><input type="checkbox"/> העדר 2 גפיים          نقص في الطرفين</p> <p><input type="checkbox"/> ליקוי בשתי גפיים          عطل في الطرفين</p>
<p><input type="checkbox"/> מסמך רפואי מעודכן על אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון ההיסטוריה הרפואית, סוג הטיפול שניתן, ותדירותו. وتيقة طبية حديثة عن الحالة الطبية والوظيفية للولد مع تحديد تاريخها الطبي للحالة, نوع العلاج المعطى وتردده.</p> <p><input type="checkbox"/> דוח על מעקב במרפאות מומחים – פירוט תכנית הטיפולים בהמשך تقرير عن المتابعة في العيادات المختصة – تفصيل برنامج العلاجات القادمة</p>	<p><b>טיפול רפואי</b>          علاج طبي</p> <p><input type="checkbox"/> דיאליזה          غسيل الكلى</p> <p><input type="checkbox"/> צנתור          قسطرة (علاج القلب)</p> <p><input type="checkbox"/> עירווי דם          نقل الدم</p> <p><input type="checkbox"/> הזנה/ האכלה          تغذية / اطعام</p> <p><input type="checkbox"/> חמצן          أوكسجين</p> <p><input type="checkbox"/> ציטוטוקסיה          مرض في الخلايا (تسيتوتوكسيا)</p> <p><input type="checkbox"/> אחר          آخر</p>

**פרטים על מצבו הרפואי של הילד**

تفاصيل عن وضع الولد الصحي

<p><input type="checkbox"/> מסמך ממרפאה ופסיכיאטר מטפל, כולל תכנית טיפול ותיקה מן העיادة والطبيب النفسي المعالج تشمل برنامج العلاج</p>	<p><input type="checkbox"/> הפרעות נפשיות اضطرابات نفسية</p>
<p><input type="checkbox"/> מסמך רפואי מעודכן על אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון סוג הטיפול שניתן, ותדירותו ותיקה طبية حديثة عن الحالة الطبية والوظيفية للولد مع تحديد تاريخها الطبي للحالة, نوع العلاج المعطى وتردده.</p> <p><input type="checkbox"/> דוח על מעקב במרפאות מומחים تقرير عن المتابعة في العيادات المختصة</p>	<p><input type="checkbox"/> מחלה/תסמונת مرض/متلازمة</p> <p><input type="checkbox"/> תסמונת דאון متلازمة داون</p> <p><input type="checkbox"/> דחף בלתי נשלט לאכילה رغبة لا تقاوم للأكل</p> <p><input type="checkbox"/> שברים فتولوجים</p> <p><input type="checkbox"/> פתולוגים كسور مرضية</p> <p><input type="checkbox"/> דלקות כרוניות التهابات مزمنة</p> <p><input type="checkbox"/> מחלה ממארת مرض خبيث</p> <p><input type="checkbox"/> אחר _____ آخر</p>
<p><input type="checkbox"/> אבחון של האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית במשרד הרווחה تشخيص الجناح لمعالجة ذوي الاعاقات الذهنية التطورية في مكتب الشؤون الاجتماعية</p> <p><input type="checkbox"/> אישור של ועדת השמה על הצורך בלימודים במסגרת מיוחדת موافقة لجنة التنسيب على ضرورة التعليم في إطار خاص</p>	<p><input type="checkbox"/> מוגבלות שכלית إعاقه ذهنية</p>
<p><input type="checkbox"/> מסמך עדכני מנוירולוג ילדים, או פסיכיאטר ילדים, או מרופא מומחה מוסמך בטיפול בהפרעות קשב וריכוז ותיקה حديثة من طبيب أعصاب الأولاد أو من طبيب اخصائي مؤهل لعلاج اضطرابات الاصغاء والتركيز.</p> <p><input type="checkbox"/> דו"ח חינוכי עדכני מהמסגרת החינוכית המיוחדת בה הילד מתחנך تقرير تربوي حديث من الإطار التربوي الخاص الذي يدرس فيه الولد</p> <p><input type="checkbox"/> אישור של ועדת השמה על הצורך בלימודים במסגרת מיוחדת موافقة لجنة التنسيب على ضرورة التعليم في إطار خاص</p>	<p><b>ADHD-הפרעות קשב, ריכוז והיפראקטיביות קשה</b> ADHD- اضطرابات اصغاء, تركيز, فرط النشاط القوي</p>
<p><input type="checkbox"/> אבחון מרופא מטפל הכולל אינדיקציה להנשמה, פירוט סוג המכונה ותאריך התחלת הנשמה קבועה. تشخيص طبي من الطبيب المعالج يشمل معلومات عن التنفس، تفصيل عن نوع الجهاز وتاريخ بداية علاج التنفس الثابت.</p>	<p><b>מונשם</b></p>
	<p><b>תלונות רפואיות</b> شكاوي طبية</p>

**פרטים על פגיעה כתוצאה מתאונה ותביעה נגד צד שלישי**

**تفاصيل عن إصابة نتيجة حادث**

האם נכות הילד נגרמה מתאונת דרכים?  
 هل حصل العجز نتيجة حادث طرق؟

כן, תאריך התאונה \_\_\_\_\_ - **חובה לענות על שאלה זו**  לא  
 نعم, تاريخ الحادث \_\_\_\_\_ الإجابة عن هذا السؤال إلزامية  كلا

האם נכות הילד כולה או חלקה נגרמה כתוצאה מאירוע תאונתי אחר (רשלנות, נפילה בדרך מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר וכד')?  
 هل العجز كلّه أو جزء منه قد حصل نتيجة حادث آخر (إهمال، سقوط من علو، اعتداء، إصابة من مسبّب آخر وما شابه)؟

לא  כן, פרט \_\_\_\_\_ - **חובה לענות על שאלה זו.**  
 كلا نعم, فصل \_\_\_\_\_ الإجابة عن هذا السؤال إلزامية.

מקום אירוע התאונה ונסיבותיה: \_\_\_\_\_  
 مكان حصول الحادث وأسبابه: \_\_\_\_\_

נמסרה הודעה למשטרה?

هل قدم بلاغ للشرطة؟

כן, לתחנת המשטרה ב \_\_\_\_\_ בתאריך \_\_\_\_\_ מס' התיק \_\_\_\_\_  לא  
 نعم, لمحطة الشرطة في \_\_\_\_\_ بتاريخ \_\_\_\_\_ رقم الملف \_\_\_\_\_ كلا

האם הוגשה / עומדים להגיש תביעה לפיצויי מזיקין?  לא  כן, פרט:  
 هل قدم / ستقدم دعوى لتعويض عن الأضرار؟ \_\_\_\_\_ كلا نعم, فصل:

שם משפחה ושם פרטי של הנתבע: \_\_\_\_\_ תאריך הגשת התביעה: \_\_\_\_\_  
 اسم العائلة والاسم الشخصي للمدعى عليه: \_\_\_\_\_ تاريخ تقديم الدعوى: \_\_\_\_\_

פרטי עורך הדין המייצג את הילד בתביעה: (שם העו"ד ושם המשרד) \_\_\_\_\_  
 تفاصيل المحامي الذي يمثل الولد في القضية: (اسم المحامي واسم المكتب) \_\_\_\_\_

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



6

הסכמה לקביעה בידי רופא ללא נוכחות. נא לחתום למטה אם אתה מעוניין שהנכות הרפואית תיקבע לפי מסמכים בלבד  
מואפה על ידי רופא המנתל ללחצ. הרגא התועיב אذناه إذا أردت أن تحدد نسبة العجز وفقا للتقارير الطبية فقط

אני מסכים בזה שרופא יקבע את הליקויים הרפואיים של הילד לפי מסמכים בלבד, ובלי לזמן את ילדי לבדיקה רפואית. ידוע לי, שלמרות הסכמתי זו יהיה על הילד להתייב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת. אוףק بهذا, بأن يقرر الطبيب نسبة إعاقة الولد وفقا للمستندات المرفقة ودون أن يستدعيه للتحص الطبي. أعلم أيضا أنه رغم موافقتي, يتوجب على الولد الخضوع للتحص في حالة استدعائه من قبل الطبيب. לתשומת לבכם: אם ילדכם יבדק באמצעות מסמכים וולא נוכחות, לא ניתן יהיה לבדוק אותו לעניין "תלות לחלוטין" (בדיקה פיזית הבוחנת את מידת התלות בעזרת הזולת, בביצוע פעולות יומיום (אכילה, ניידות בתוך הבית, הלבשה, רחצה, היגיינה אישית)). מי שנקבע לו כי הוא תלוי לחלוטין בעזרת הזולת בביצוע פעולות היומיום, זכאי לתוספת קצבה בשיעור 188%.

לאחצ אנה: إذا تم فحص الولد بواسطة التقارير الطبية فقط ودون تواجه فلن يتم فحصه بما يتعلق ب "الاعتماد الكلي" (يختبر الفحص الطبي مستوى اعتماد الولد بغيره في تنفيذ الأعمال اليومية (الأكل, التنقل في البيت, اللبس, الاستحمام والنظافة الشخصية)). قد يستحق الولد إضافة بنسبة 188% على المخصصات في حال حدّد له بأن اعتماده على الغير لتنفيذ الأعمال اليومية هو بشكل كلي.

חתימת התובע ✕ \_\_\_\_\_  
תועיב מקדם הטלב

7 פרטי חשבון הבנק של התובע/ת  
תפאסיל חסאב בנק מקדם/ה הטלב

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:  
אטלב תחויב כל העדפות التي أستحقها من تقديم هذا الطلب لحسابي المسجل أذناه:

שמות בעלי החשבון  
אסמא אטحاب החסאב

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

אני השותף לחשבון הבנק של ת"ז \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור הילד שבגינו מוגשת התביעה.

أنا الشريك في حساب البنك التابع لحامل بطاقة هوية رقم \_\_\_\_\_ الاسم \_\_\_\_\_ ألتزم باستخدام مبلغ المخصصات الذي سيحوّل إلى الحساب, لمصلحة الولد الذي يستحق المخصصات.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון ולדאוג להחתימה 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 כדוין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של 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 استمرار 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 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.

חתימה/חתימות השותפים לחשבון ✕ \_\_\_\_\_  
תועיב חרקא חסאב הבנק

חתימת מקבל הגמלה ✕ \_\_\_\_\_  
תועיב מתلقي المخصصات

תאריך \_\_\_\_\_  
التاريخ

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה 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 או בנספחיה, 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 הביטוח הלאומי מעביר מידע על מקבלי קצבת ילד נכה לגורמי ממשל, בהתאם לסמכותם בחוק ולצורך מיצוי זכויות.

אני מסכים בזאת להעביר מידע למשרד הרווחה – השירות לעיוור – במידה וייקבע ליקוי ראייה.

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.

אני מסכים לוועדה בוודאו צ'אט  כן  לא.

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

אנא המועד אדנא אصرح بهذا بأن 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.

أعلم أن مؤسسة التأمين الوطني تقوم بتحويل المعلومات حول متلقي مخصّصات ولد ذو احتياجات خاصة لهيئات حكومية وفقاً لتأهيلهم القانوني ولغرض استخلاص الحقوق. أوافق على نقل المعلومات لمكتب الشؤون الاجتماعية – خدمة المكفوفين - إذا حدد لي مشاكل بصر.

أعلم بأنه يجب ابلاغ 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.

أوافق على عقد لجنة عبر فيديو دردشة  نعم  لا.

أوافق بهذا على نقل المعلومات الخاصّة بي إلى المؤسسات التي تقدّم الامتيازات, اذا كنت مؤهلاً للحصول على هذه الامتيازات.

חתימת מגיש התביעה ✕  
תوقيع مقدم الطلب

תאריך  
תاريخ



**המוסד לביטוח לאומי**  
 מינהל הגמלאות  
 נכות – ילד נכה  
**مؤسسة التأمين الوطني**  
 مديرية المخصصات  
 العجز – الولد ذو الاحتياجات الخاصة

**נספח – אישור על לימודים**

**ملحق – إثبات تعليم**

טופס זה ימלא הגורם החינוכי ויחתום עליו בעבור ילדים מגיל 3 ומעלה שימו לב, יש למלא את הטופס לשנת הלימודים הנוכחית.  
 يجب تعبئة وتوقيع هذه الاستمارة لدى الهيئة التعليمية للأولاد من جيل 3 سنوات وما فوق لاحظوا, يجب تعبئة النموذج عن السنة الدراسية الحالية.

**פרטי הילד**  
**تفاصيل الولد**

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية																				
<table border="1"> <tr> <td>ס"ב</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			ס"ב																			
ס"ב																						

שם המסגרת החינוכית \_\_\_\_\_  בתנאי פנימייה  לא בתנאי פנימייה  
 اسم الإطار التربوي \_\_\_\_\_ بظروف داخلية \_\_\_\_\_ ليس بظروف داخلية

כתובת המסגרת החינוכית \_\_\_\_\_ מס' טלפון: \_\_\_\_\_  
 عنوان الإطار التربوي \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

הילד נמצא במסגרת חינוך  רגיל  מיוחד   
 يتواجد الطفل في إطار تعليمي عادي خاص

החל את הלימודים בתאריך \_\_\_\_\_ תאריך סיום לימודים (משוער) \_\_\_\_\_  
 يتعلم ابتداءً من تاريخ \_\_\_\_\_ تاريخ نهاية التعليم (المتوقع)

מס' ימי לימוד בשבוע \_\_\_\_\_ מס' שעות לימוד ביום \_\_\_\_\_  
 عدد أيام التعليم \_\_\_\_\_ عدد ساعات التعليم اليومية \_\_\_\_\_

**סידורי הסעה למסגרת החינוכית**  
**نظام المواصلات للإطار التربوي**

הילד מגיע למקום הלימודים:  ברגל  ברכב המשפחה  בתחבורה ציבורית  בהסעה מאורגנת  אחר \_\_\_\_\_  
 يحضر الولد الى مكان الدراسة: سيراً في سيارة العائلة في المواصلات العامة في مواصلات منظمة آخر

האם נדרש ליווי למסגרת החינוכית:  לא  כן, פרט את העזרה הנדרשת, סיבתה ומי מלווה \_\_\_\_\_  
 هل يتطلب مرافق للإطار التعليمي: كلا نعم, اذكر ما هي المساعدة المطلوبة, سببها ومن المرافق

הערות: \_\_\_\_\_  
 ملاحظات: \_\_\_\_\_

**סידורי אכילה ושתייה**  
**نظام الأكل والشرب**

האם מוגשת ארוחה לתלמידים?  כן  לא   
 هل تُقدّم وجبة للطلاب? نعم كلا

האם הילד אוכל ושותה בכוחות עצמו?  כן  לא   
 هل يستطيع الولد تناول الطعام والشراب بنفسه? نعم كلا

הערות: \_\_\_\_\_  
 ملاحظات: \_\_\_\_\_

**פרטים על הילד – המשך**

تفاصيل عن الولد - تكملة

**היגיינה אישית**

نظافة شخصية

האם הילד שולט על הפרשותיו (שתן, צואה)?  כן  לא  
هل يسيطر الولد على إفرازاته (البول, البراز)?  نعم  كلا

האם הילד מסתדר בעצמו בשירותים וברחצה של הפנים והידיים?  
هل يستطيع الولد أن يستعمل المراض لوحده أو يستطيع غسل الوجه واليدين?  
 כן  לא

לא, פרט במה מתקשה ואיזו עזרה נדרשת  
كلا, فصل ما هي الصعوبات ولأي مساعدة يحتاج

**עצמאות**

استقلالية

האם הילד מסוגל להישאר לבדו מספר שעות ביום?  
هل يستطيع الولد البقاء في البيت لوحده لبضع ساعات في اليوم?  
 כן  לא, פרט מה הסיבות לכך  
كلا, أذكر الأسباب

**התקפים**

جلطات

אופי ההתקף הרפואי  אפילפסיה  אסטמה  אחר פרט \_\_\_\_\_  
طبيعة الجلطة الطبية  سرعة  الربو  آخر فصل

האם הילד קיבל במסגרת החינוכית התקפים כלשהם?  לא  כן, מהי תדירות ההתקפים?  
هل حصل للولد أي نوع من الجلطات في الإطار التعليمي?  كلا  نعم, ما هو تردد الجلطات?  
מתי היה ההתקף האחרון? \_\_\_\_\_ תיאור אופי ההתקף (כולל משך זמן ממוצע להתקף)  
متى حصلت الجلطة الأخيرة? \_\_\_\_\_ ما هي طبيعة الجلطة (تشمل معدل وقت الجلطة)

האם הילד מרגיש, כי ההתקף קרב?  לא  כן, כיצד מתנהג  
هل يشعر الولد باقترب الجلطة?  كلا  نعم, كيف يتصرف

תאר את התופעות לאחר ההתקף \_\_\_\_\_

صف الأعراض ما بعد الجلطة

אופי ההתקף הנפשי  חרדה  אחר פרט \_\_\_\_\_  
طبيعة الجلطة النفسية  قلق  آخر فصل

האם הילד קיבל במסגרת החינוכית התקפים כלשהם?  לא  כן, מהי תדירות ההתקפים?  
هل حصل أن أصيب الولد بجلطة في الإطار التربوي?  كلا  نعم, ما هو تردد الجلطات?  
מתי היה ההתקף האחרון? \_\_\_\_\_ תיאור אופי ההתקף (כולל משך זמן ממוצע להתקף)  
متى كانت الجلطة الأخيرة? \_\_\_\_\_ ما هي طبيعة الجلطة (تشمل معدل ووقت الجلطة)

האם הילד מרגיש כי ההתקף קרב?  לא  כן, כיצד מתנהג  
هل يشعر الولد باقترب الجلطة?  كلا  نعم, كيف يتصرف

תאר את התופעות לאחר ההתקף \_\_\_\_\_

صف الأعراض ما بعد الجلطة

**פרטים על הילד – המשך**  
تفاصيل عن الولد - تكملة

**התנהגות הילד**  
تصرفات الولد

תאר את התנהגות הילד (קשב וריכוז, באיזו מידה הוא ממושמע, באיזו מידה הוא יודע לקבל גבולות, הקשר עם בני גילו, הקשר עם הסביבה)

صف تصرفات الولد (تركيز واصغاء, كم هو منضبط, لأي حد يستطيع أن يستوعب الحدود, العلاقة مع ابناء جيله, العلاقة مع البيئة)

---

---

---

---

**הערות נוספות**  
ملاحظات إضافية

---

---

---

תאריך \_\_\_\_\_ שם המוסד החינוכי וחותמת \* \_\_\_\_\_  
تاريخ \_\_\_\_\_ اسم المؤسسة التربوية مع الختم

שם ממלא הטופס ותפקידו \* \_\_\_\_\_  
اسم معبئ الطلب ووظيفته



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות – ילד נכה  
مؤسسة التأمين الوطني  
مديرية المخصصات  
العجز – الولد ذو الاحتياجات الخاصة

חותמת קבלה

כתב ויתור על סודיות רפואית

שם הגמלה: ילד נכה

تصريح بالتنازل عن السرية الطبية

اسم المخصصات:

العجز – الولد ذو الاحتياجات الخاصة

פרטים אישיים  
التفاصيل الشخصية

קוד גמלה رمز المخصصات	מספר זהות/דרכון رقم الهوية/جواز السفر	תאריך תביעה تاريخ تقديم الطلب						
30		<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
שנה	חודש	יום						
سنة	شهر	يوم						
שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي							
<p>חבר בקופת חולים عضو في كوبات حوليم</p> <p> <input type="checkbox"/> כללית   <input type="checkbox"/> מאוחדת   <input type="checkbox"/> מכבי   <input type="checkbox"/> לאומית   <input type="checkbox"/> אחר                  כלاليت   منوحيديت   مكابي   لتوميت   آخر             </p>								

הצהרה  
تصريح

אני  
أنا

הח"מ, מספר זהות

الموقع أدناه, رقم الهوية

יחס קרבה לרשום מטה: הורה    אפוטרופוס    אחר  
 صلة القرابة للمذكور أدناه   أب   وصي   آخر

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלה, למצב הרפואי, לטיפול שניתן, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרשו או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי על אודות המבוטח.

أطلب بهذا تزويد مؤسسة التأمين الوطني أو من يمثلها, بكل المعلومات عن المرض, الحالة الصحية, العلاج المعطى, نتائجه, أي ترتيب حول إطار خارج المنزل, أي معلومة كانت, كل مستند طبي, تأهيلي أو نفسي عن المؤمن.

חתימת מגיש התביעה \*

תوقيع مقدم الطلب

תאריך