



המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות
ביטוח נכות
مؤسسة التأمين الوطني
إدارة المخصصات
العجز العام

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

עמוד 1 מתוך 8

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך									
דפים					דפים				

בקשה לבדיקה מחדש למקבל קצבת נכות
طلب لفحص من جديد لمتلقي مخصصات العجز

לידיעתך, המוסד רשאי לקבוע אחוזי נכות רפואית ודרגת אי כושר נמוכים מאלה שנקבעו בעבר
لعلمك، تستطيع المؤسسة تغيير نسبة العجز الطبي ودرجة عدم القدرة بما في ذلك تخفيض نسبة العجز عما كانت في السابق

פרטי המבקש

تفاصيل مقدم الطلب

1

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية ס"ב
מצב משפחתי الحالة الاجتماعية	מתאריך من تاريخ	מספר ילדים עד גיל 24 عدد الأولاد دون سن 24
<input type="checkbox"/> רווקה أعزب/عزيب	<input type="checkbox"/> אלמנה أرملة	<input type="checkbox"/> פרודה منفصلة
<input type="checkbox"/> נשואה متزوجة	<input type="checkbox"/> גרושה مطلق	<input type="checkbox"/> ידועה בציבור معروفة للجمهور

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי תקשורת
العنوان (المسجلة في وزارة الداخلية) وتفاصيل الاتصال

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 الهاتف الخليوي		טלפון קווי رقم الهاتف	

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:
إذا لم يكن الهاتف او البريد الإلكتروني لك – الرجاء تكملة التفاصيل التالية للشخص الذي سيتم التواصل معه:

שם משפחה איש קשר اسم العائلة	שם פרטי איש קשר الاسم الشخصي	מס' זהות איש קשר رقم الهوية
---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

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 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.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)
العنوان البريدي (إذا كان مختلفا عن العنوان أعلاه)

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

נימוקי הנכה לבקשה לבדיקה מחדש

تفسير العاجز عن سبب تقديم الفحص من جديد

פרט השינויים שחלו במצבך הרפואי והתעסוקתי מאז הבדיקה הקודמת, וצרף אישורים רפואיים עדכניים ומפורטים:
فصل التغييرات التي حصلت لوضعك الصحي والمهني منذ الفحص الأخير كما وأرفق تقارير طبية حديثة ومفصلة:

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

הסכמה לקביעת רופא ללא נוכחות – חתום אם אינך מעוניין להיבדק ע"י רופא

موافقة على قرار الطبيب بدون الحضور للفحص - وقّع ان لم تكن معني بفحص الطبيب

אני מסכים בזה שהרופא יקבע את אחוזי נכותי הרפואית לפי מסמכים בלבד ומבלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שלמרות זו יהיה עלי להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת. אוסף بهذا على أن يحدّد الطبيب نسبة عجزتي استنادا على المستندات فقط وبدون استدعائي للفحص الطبي. أعلم بأنه على رغم ذلك فإنه يتوجب على الممثل للفحص في حال طلب الطبيب ذلك.

<p>x</p> <p>חתימת התובע תوقيع مقدم الطلب</p>	<p>תאריך تاريخ</p>
---	------------------------

פרטי מגיש הבקשה - ימולא אם וכאשר הנכה אינו מסוגל להגיש הבקשה בעצמו עקב מצבו הבריאותי

تفاصيل مقدم الطلب – تعباً في حال لم يستطع العاجز تعبئة الطلب بنفسه بسبب وضعه الصحي

<p>שם משפחה מגיש הבקשה اسم عائلة مقدم الطلب</p>	<p>שם פרטי מגיש הבקשה الاسم الشخصي لمقدم الطلب</p>	<p>מספר זהות رقم الهوية ב"ו</p>
<p>שם קרבה לנכה (בן משפחה) صلة القرابة للعاجز (احد افراد العائلة)</p>		<p>אם ברשותך יפוי כוח או צו אפוסטרופסות או פסק דין; ציין איזה וצרף העתק اذا كان بحوزتك وكالة أو أمر وصاية أو قرار حكم ; سجل ما هو وارفق نسخة</p>

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

العنوان (المسجل في وزارة الداخلية)

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

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 استلام 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.

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים, נא לציין אחזה ולצרף מסמך:

إذا كان بحوزتك احد المستندات التالية، يرجى تفصيل أي مستند وإرفاقه:

- יפוי כח צו אפוסטרופסות פסק דין
- توكيل أمر وصاية حكم محكمة

אם אין ברשותך האמור לעיל, אנא מלא – אני מבקש להתמנות כמקבל גמלה
إذا لم يكن بحوزتك ما ورد أعلاه، يرجى ملء – "أود أن يتم تعييني كمتلقي المخصصات".

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין יפוי 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: "יפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

إذا كنت ممثلاً 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 بل73: "وكالة وتنازل عن سرية لوكيل في مسائل المخصصات".

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים בבקשה ובצרופיה הם נכונים. אם יחול שינוי באחד הפרטים שמסרתי בבקשה זו אני מתחייב להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. ידוע לי, כי בהתאם לחוק אדם אשר גרם במירמה או ביודעין לתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.
 אני מסכים להיבדק לצורך שירותים מיוחדים, אם תהיה המלצה של רופא הסינף על בדיקה זו.

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.

أنا الموقع أدناه أصرح بهذا بأن جميع التفاصيل التي قَدِّمت ضمن هذا الطلب وملاحقه صحيحة. ألتزم بتبليغ مؤسسة التأمين الوطني عن أي تغيير قد يطرأ على أحد تفاصيلي المسجلة أعلاه. أعلم أن تزويد تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات تعتبر مخالفة للقانون، وأن الشخص الذي يقوم، بالعلم أو الاحتيال، للمصادقة على دفع المخصصات وفق هذا القانون، أو زيادتها عن طريق إخفاء تفاصيل ذات أهمية، سيعاقب بدفع غرامة أو بالسجن. أوافق على الخضوع لفحص الحصول على خدمات خاصة إذا أوصى طبيب الفرع بذلك.

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

אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.
 أوافق بهذا على نقل المعلومات الخاصة بي إلى المؤسسات التي تقدّم الامتيازات, إذا كنت مؤهلاً للحصول على هذه الامتيازات.

(יסומן ב-V כאשר עובד המוסד ממלא את טופס הבקשה). כל הפרטים הרשומים בבקשה הוקראו באוזני ואני מאשר בזה כי הם תואמים את הפרטים שמסרתי בע"פ לעובד המוסד.
 (توضع علامة - V عندما يعيى موظف المؤسسة هذا النموذج). قرأت على مسامعي كل التفاصيل وأوافق بهذا على أنها تلائم التفاصيل التي بلغتها شفهيًا لموظف مؤسسة التأمين.

x	_____											
חתימת התובע או מגיש התביעה توقيع مقدم الطلب	תאריך تاريخ											
אם הבקשה נחתמה בחתימת אצבע, ציין: إذا وقع الطلب بواسطة بصمة الاصبع، سجّل:												
חתימת העד توقيع الشاهد	מספר זהותו رقم هويته ב"ס	שם העד اسم الشاهد										
x	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											_____

הצהרה על עבודה והכנסות של נכה ובן/בת זוג

تصريح عن عمل ودخل العاجز/ة وزوجته/زوجها

פרטי המבקש

1

تفاصيل مقدم الطلب

<p>שם משפחה اسم العائلة</p>	<p>שם פרטי الاسم الشخصي</p>	<p>מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) رقم الهوية/جواز السفر (ملزم بإرفاق نسخة عن جواز السفر فقط للعامل الأجنبي) ס"ב</p>
<p>מצב משפחתי (אחרון) الحالة الاجتماعية (الأخيرة)</p> <p> <input type="checkbox"/> רווק/ה أعزب/عزباء <input type="checkbox"/> נשוי/אה متزوج/ة <input type="checkbox"/> אלמן/ה أرمل/ة <input type="checkbox"/> גרושה مطلق/ة <input type="checkbox"/> פרוד/ה منفصل/ة <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור معروفة/للجمهور </p>	<p>מתאריך من تاريخ</p> <p> <input type="checkbox"/> שנה سنة <input type="checkbox"/> חודש شهر <input type="checkbox"/> יום يوم </p>	

הצהרה על עבודה, הכנסות מעבודה ודמי מחלה ב-12 החודשים האחרונים (סמן ב-√ והשלם הפרטים)

تصريح عن العمل, دخل من العمل وإجازات مرضية في ال-12 شهرا الأخيرة (أشـر ب--√ وأكمل التفاصيل)

2

בן / בת זוג الزوجة	נכה المعاق	
<p><input type="checkbox"/> לא, ואני מצהיר בזה שאיני עובד. كلا, أصـرح بهذا بأنـي لا أعمل</p> <p><input type="checkbox"/> כן نعم</p>	<p><input type="checkbox"/> לא, ואני מצהיר בזה שאיני עובד. كلا, أصـرح بهذا بأنـي لا أعمل</p> <p><input type="checkbox"/> כן نعم</p>	<p>1. עובד/ת כיום أعمل هذه الأيام</p>
		<p>2. שם המעביד וכתובתו: (מי שאינו עובד ועבד ב-5 השנים האחרונות ירשום פרטי מעבידו האחרון) اسم صاحب العمل وعنوانه: (من لا يعمل حاليا لكنه كان يعمل في ال-5 سنوات الأخيرة)</p>
<p><input type="checkbox"/> לא كلا</p> <p><input type="checkbox"/> כן, תאריך הפסקת העבודה: نعم, تاريخ انتهاء العمل</p> <p>שנה _____ חודש _____ יום _____</p>	<p><input type="checkbox"/> לא كلا</p> <p><input type="checkbox"/> כן, תאריך הפסקת העבודה: نعم, تاريخ انتهاء العمل</p> <p>שנה _____ חודש _____ יום _____</p>	<p>3. למי שאינו עובד - האם עבדת בשנה האחרונה? لمن لا يعمل - هل عملت في السنة الأخيرة؟</p>
		<p>4. לעובד עצמאי - סוג העיסוק האחרון: للعامل المستقل - نوع العمل الأخير:</p>
<p><input type="checkbox"/> יש نعم</p>	<p><input type="checkbox"/> אין كلا</p>	<p>5. הכנסה מעבודה ב-12 החודשים האחרונים: (צרף אישורי שכר *) دخل العمل في ال-12 شهرا الأخيرة</p>
<p><input type="checkbox"/> יש نعم</p>	<p><input type="checkbox"/> אין كلا</p>	<p>6. הכנסה מדמי מחלה: (צרף אישורים) دخل من إجازة مرضية: (ارفق اثباتات)</p> <p>* אם לא ניתן להמציא אישורי שכר إن لم تستطع إرفاق تصديقات الأجر</p>
		<p>7. ציין הסיבה ושם המעביד أذكر السبب واسم صاحب العمل</p>
<p>בחודשים: _____ في الأشهر: _____</p>	<p>בחודשים: _____ في الأشهر: _____</p>	<p>8. הכנסות מעבודה לחודש الدخل الشهري من العمل</p>

הצהרה על הכנסות ב-12 החודשים האחרונים (סמן ב-√ והשלם הפרטים)

تصريح عن الدخل في ال-12 شهرا الأخيرة (أشرب-√ وأكمل التفاصيل)

בן / בת זוג الزوج/ة		נכה المعاق			
צָרֵף 3 אישורים אחרונים أرفق 3 تصديقات أخيرة				פנסיה ותגמולים אחרים تقاعد ومكافآت أخرى	
<input type="checkbox"/> יש يوجد	<input type="checkbox"/> אין لا يوجد	<input type="checkbox"/> יש يوجد	<input type="checkbox"/> אין لا يوجد	1.	פנסיה בישראל (לא כולל מביטוח לאומי) تقاعد في إسرائيل (لا يشمل التأمين الوطني)
<input type="checkbox"/> יש يوجد	<input type="checkbox"/> אין لا يوجد	<input type="checkbox"/> יש يوجد	<input type="checkbox"/> אין لا يوجد	2.	פנסיה או רנטה מחו"ל تقاعد أو تعويض من الخارج
<input type="checkbox"/> יש, פרט: يوجد, فصل:	<input type="checkbox"/> אין لا يوجد	<input type="checkbox"/> יש, פרט: يوجد, فصل:	<input type="checkbox"/> אין لا يوجد	3.	תגמול ממשד הביטחון (לנכים, אלמנות, הורים שכולים) מخصصות מן وزارة الدفاع (למעמין, الأرمال, العائلات الثكلى)
<input type="checkbox"/> יש يوجد	<input type="checkbox"/> אין لا يوجد	<input type="checkbox"/> יש يوجد	<input type="checkbox"/> אין لا يوجد	4.	תגמול מהאוצר לנכי רדיפות / מלחמה בנאצים מخصصות מן وزارة المالية للمعاقين ملاحقي/ الحرب على النازية
<input type="checkbox"/> יש يوجد	<input type="checkbox"/> אין لا يوجد	<input type="checkbox"/> יש يوجد	<input type="checkbox"/> אין لا يوجد	5.	תשלומים מחברת ביטוח דفعות מן شرك التأمين
<input type="checkbox"/> יש, يوجد, ציין הגורם המשלם: أذكر العامل الممول:	<input type="checkbox"/> אין لا يوجد	<input type="checkbox"/> יש, يوجد, ציין הגורם המשלם: أذكر العامل الممول:	<input type="checkbox"/> אין لا يوجد	6.	פיצוי עקב נכות تعويض بسبب إعاقة
צָרֵף אישורי בנק أرفق تصديقات من البنك				הכנסה הונית دخل من رأس مال	
<input type="checkbox"/> יש يوجد	<input type="checkbox"/> אין كلا	<input type="checkbox"/> יש يوجد	<input type="checkbox"/> אין كلا	7.	הכנסה מריבית, דיוידנד, תוכנית חיסכון دخل من الفائدة, منح, برامج توفير
<input type="checkbox"/> יש يوجد משותף עם הנכה مشارك مع المعاق	<input type="checkbox"/> אין كلا	<input type="checkbox"/> יש يوجد	<input type="checkbox"/> אין كلا		
צָרֵף אישורים أرفق تصديقات				הכנסה מרכוש دخل من ممتلكات	
<input type="checkbox"/> יש نعم	<input type="checkbox"/> אין كلا	<input type="checkbox"/> יש نعم	<input type="checkbox"/> אין كلا	8.	מהשכרת בית / דירה / מבנה تأجير بيت/ شقة/ بناية
<input type="checkbox"/> יש نعم	<input type="checkbox"/> אין كلا	<input type="checkbox"/> יש نعم	<input type="checkbox"/> אין كلا	9.	ממשק / נכס חקלאי מוחכר مسطح-مزرعة/ ملك زراعي مؤجر
<input type="checkbox"/> יש نعم	<input type="checkbox"/> אין كلا	<input type="checkbox"/> יש نعم	<input type="checkbox"/> אין كلا	10.	מעסק שאינו עובד בו מן מصلחה לא יעמל בה
<input type="checkbox"/> יש נعم	<input type="checkbox"/> אין كلا	<input type="checkbox"/> יש נعم	<input type="checkbox"/> אין كلا	11.	מרכב מושכר (מונית, טנדר וכו') מן سيارة مؤجرة (سيارة عمومية, تندر..)
<input type="checkbox"/> יש نعم	<input type="checkbox"/> אין كلا	<input type="checkbox"/> יש נعم	<input type="checkbox"/> אין كلا	12.	מרכוש אחר
הכנסה ממקור אחר دخل من مصدر آخر					
<input type="checkbox"/> יש نعم	<input type="checkbox"/> אין كلا	<input type="checkbox"/> יש נعم	<input type="checkbox"/> אין كلا		
				13.	רשום מקור ההכנסה וצָרֵף אישור سجل مصدر الدخل وأرفق إثبات
				14.	תשלומים שטרם שולמו (פנסיה, ביטוח) דفعות למ תדفع بعد (تقاعد, تأمين)

הצהרה וחתימה

תסריח וטויע

אני מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומלאים ואני מאשר אותם בחתימת ידי.
 ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים היא עברה על החוק.
 أصرح بهذا بأن جميع التفاصيل التي قدمت ضمن هذا الطلب وملاحقه صحيحة وكاملة وأصادق عليها بتوقيعي.
 أعلم أن تزويد تفاصيل غير صحيحة تعتبر مخالفة للقانون.

הערות:

מلاحظات:

<p>x</p> <p>חתימת בן / בת הזוג</p> <p>توقيع الزوج/ة</p>	<p>x</p> <p>שם בן / בת זוג</p> <p>اسم الزوج/ة</p>	<p>x</p> <p>חתימת הנכה</p> <p>توقيع المعاق</p>	<p>תאריך</p> <p>التاريخ</p>
---	---	--	-----------------------------



המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות
ביטוח נכות
مؤسسة التأمين الوطني
إدارة المخصصات
العجز العام

חותמת קבלה

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות כללת-לרון

تصريح بالتنازل عن السرية الطبية
اسم المخصصات: العجز العام

פרטים אישיים
التفاصيل الشخصية

	<p>תאריך תביעה تاريخ تقديم الطلب</p> <p>שנה חודש יום</p>	<p>מספר זהות/דרכון رقم الهوية/جواز السفر</p>	<p>קוד גמלה رمز المخصصات</p> <p>33</p>
	<p>שם פרטי الاسم الشخصي</p>	<p>שם משפחה اسم العائلة</p>	

חבר בקופת חולים
عضو في كوبات حوليم

כללית מאוחדת מכבי לאומית אחר
 כלاليت متوحيدت مكابي لتوميت 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 או כל מידע אחר שיידרש על דם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

انا الموقع ادناه, المذكورة تفاصيلي أعلاه في هذا الطلب, أتنازل عن السرية الطبية وأطلب بهذا تزويد مؤسسة التأمين الوطني أو من يمثلها, بكل المعلومات عن مرضي, حالتي الصحية, العلاج الذي أتلقيه, نتائجه, أي ترتيب حول إطار خارج المنزل, أي معلومة كانت, كل مستند طبي أو تأهيلي أو نفسي عني شخصيا.

תאריך _____ חתימת המבוטח _____
تاريخ _____ توقيع مقدم الطلب _____