



הסכמה להעברת תביעה לבדיקה מחדש בטענה להחמרה בגמלת סיעוד באמצעות עו"ס:

בית חולים שם עו"ס בי"ח _____ מחלקה _____

מרפאת חוץ _____

קופ"ח _____ מרפאה _____ שם העו"ס או האח/ות _____

הוספיס בית _____ אחר _____

סוג התביעה: רגילה בשלב טרום – ניתוח יש לצרף העתק ממכתב ההפניה (מרופא המשפחה) לניתוח

שים לב: אם תמצא זכאי לרמת זכאות מרמה 2 ומעלה, לא תוכל לקבל את מלוא הגמלה בכסף. ברמות 2 עד 6 ניתן לקבל גמלה בכסף בשווי של עד 4 יחידות או בשווי של עד 1/3 הגמלה.

אם מונה לתובע אפטרופוס, יש לצרף צו אפטרופסות

1

שם פרטי		שם משפחה	
מספר זהות ב"ב		שם פרטי	
התובע נמצא כעת: <input type="checkbox"/> בכתובת הרשומה במשרד הפנים <input type="checkbox"/> בכתובת אחרת. אצל: _____ קרבה לתובע			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני: _____ @ _____	
מצב משפחתי: <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> ידוע/ה בציבור <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> אלמן/ה			
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:			
שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ב"ב	
<input type="checkbox"/> 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.			

2

האם מתגוררים אנשים, עם התובע? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן. אם כן, נא למלא:			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ב	יחס קרבה
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ב	יחס קרבה

הצהרת התובע או מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים בבקשה לבדיקה מחדש שמסרתי בתביעה 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 ע"י 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.
בנוסף אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.
ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.
במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים שאותם ציינתי בטופס זה.

אם אהיה זכאי להטבות, אני מסכים להעביר את המידע עליו, לגורמים נותני ההטבות.

x

תזימת התובע / מקבל הגמלה / מגיש התביעה	שם פרטי ומשפחה	תאריך

למלא אם מגיש התביעה אינו התובע

טלפון נייד 	טלפון קווי 	הקשר לתובע			
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

ויתור סודיות והרשאה
למסירת מידע
לעובד הסוציאלי

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; font-size: small;">מס' זהות / דרכון</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 15%; text-align: center;"> <p style="font-size: x-small;">סוג המסמך</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 15%; text-align: center;"> <p style="font-size: x-small;">דפים</p> </div> </div>											<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<h2 style="margin: 0;">חותמת קבלה</h2>

1 פרטי העובד הסוציאלי

1

<p style="text-align: center; font-size: small;">מספר זהות ס"ב</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p style="text-align: center; font-size: small;">שם פרטי</p>	<p style="text-align: center; font-size: small;">שם משפחה</p>
<p style="text-align: center; font-size: small;">טלפון</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p style="text-align: center; font-size: small;">שם הרשות/המוסד</p>	

אני מצהיר שלא אעשה כל שימוש לרעה במידע שיימסר לי על ידי נציג המוסד לביטוח לאומי

תאריך _____ שם _____ חתימה * _____

2 פרטי המבוטח

2

<p style="text-align: center; font-size: small;">מספר זהות ס"ב</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p style="text-align: center; font-size: small;">שם פרטי</p>	<p style="text-align: center; font-size: small;">שם משפחה</p>
<p style="text-align: center; font-size: small;">תאריך לידה</p>		

כתובת

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
<p style="text-align: center; font-size: small;">דואר אלקטרוני</p> <p style="text-align: center;">_____@_____</p>		<p style="text-align: center; font-size: small;">טלפון נייד</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		<p style="text-align: center; font-size: small;">טלפון קווי</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	

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.

3 הצהרה

3

אני הח"מ מייפה בזאת את כוחו של העו"ס, שפרטיו רשומים בטופס זה, לקבל בשמי ועבורי מאת המוסד לביטוח לאומי או מאת עובדיו, כל מידע, פרטים ומסמכים המצויים ברשותם והנוגעים אלי בין במישרין ובין בעקיפין לגבי גמלאות בכסף או בעין, ותשלומים אחרים שהגיעו לי, או המגיעים לי, או העשויים להגיע לי מאת המוסד לביטוח לאומי ולגבי תביעות שהגשתי לקבלת גמלאות ותשלומים לרבות סוגי הגמלה, סכום הגמלה, הבסיס לחישובה ומרכיביה, תקופות תשלום ומועדי תשלום יתרות לזכות ולחובה לגבי גמלאות ותשלומים כאמור, וכן כל מידע שעשוי לסייע לעו"ס לטפל במיצוי זכויותי במוסד לביטוח לאומי.

כן רשאי העו"ס, שפרטיו רשומים לעיל, לקבל כל מידע ופרטים לגבי הטיפול בתביעתי, לרבות העתקים של כתבי התביעה, שלב הטיפול בתביעה, החלטות שניתנו והמידע ששימש תשתית להחלטות. כאמור כולל מידע רפואי, שיקומי או סוציאלי הכלול והכרוך בהם.

אני משחרר ופוטר בזה את המוסד לביטוח לאומי או כל עובד מעובדיו מחובת השמירה על סודיות המידע שלפיו כל דין. על כן לא תהיה לי כל טענה ותביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת המידע האמור כלפי המוסד לביטוח לאומי או מי מעובדיו.

תאריך _____ שם _____ חתימת המבוטח * _____