



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף שיקום
תביעה לתשלום קצבה
מיוחדת לנפגע עבודה

חותמת קבלה 		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' זהות / דרכון 		סוג המסמך דפים

שים לב: עליך לצרף לבקשה דוחות רפואיים עדכניים שיתייחסו למצבך הרפואי, לאשפוזים שהיו בשנים האחרונות, לטיפולים אשר אתה מקבל ולקשייך התפקודיים הנובעים מפגיעת העבודה שלך.

פרטים אישיים		1
שם משפחה 	שם פרטי 	מספר זהות ס"ב
תאריך הפגיעה שנה חודש יום 	מצב משפחתי: ☐ רווקה ☐ אלמנה ☐ פרודה ☐ נשואה ☐ גרושה ☐ עגונה ☐ ידועה בציבור	מס' ילדים מתחת לגיל 18
תאריך לידה שנה חודש יום 	אחוזי נכות שנקבעו _____ ☐ לצמיתות ☐ זמניים עד לתאריך _____	
האם אתה מקבל: ☐ קצבה לשירותים מיוחדים ☐ קצבת סיעוד ☐ קצבת ניידות ☐ עזרת הזולת		
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)		
רחוב / תא דואר 	מס' בית 	כניסה
דירה 	יישוב 	מיקוד
טלפון קווי 	טלפון נייד 	דואר אלקטרוני: _____ @ _____
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.		
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)		
רחוב / תא דואר 	מס' בית 	כניסה
דירה 	יישוב 	מיקוד
האם כתובת בן/בת הזוג זהה לכתובתך? ☐ כן ☐ לא		

2	
אם המבוטח מיוצג ע"י עו"ד או חברה או אם אינו יכול להגיש תביעה עקב מצבו הבריאותי, על מגיש התביעה למלא את הפרטים הבאים:	
פרטי מגיש התביעה	
יחס קרבה לתובע ☐ קרוב משפחה ☐ אפטרופוס ☐ עו"ד ☐ חברה מייצגת ☐ ר"ח ☐ אחר: _____	
שם משפחה 	
שם פרטי 	
מספר זהות 	
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 לצרף טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".	
תאריך _____ חתימת התובע ✕ _____	

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

נימוקים לתביעה

א. אנא פרט את מצבך התפקודי בתחומי הניידות, הלבשה, רחצה, אכילה, שליטה על סוגרים והצורך שלך בהשגחה.

ב. אם יש צורך בכיסוי הוצאות מיוחדות קבועות עקב נכותך מעבודה, לצורך שיקומך המקצועי או הבטחת עיסוקך – כגון: בגין נסיעות שלא בתחבורה ציבורית למקום העבודה – נא לפרט. יש לצרף אסמכתאות בגין ההוצאות.

לידיעתך, בתביעה לבדיקה מחדש, רשאי המוסד לבחון את הזכאות לקצבה המיוחדת המשתלמת לך.

פרטי חשבון הבנק

שמות השותפים לחשבון

שם הבנק		שם הסניף / כתובתו		מס' סניף	מספר חשבון

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה. 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 כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך _____ שם השותף/ים _____ מס' ת.ז. _____ חתימה ✕ _____

הצהרה

5

אני מצהיר שהפרטים בבקשה זו הינם 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 פעולה או התחייבות שתיעשה על ידי בעניין הבקשה בטרם אישורה הינה על אחריותי בלבד. ידוע לי שאם תאושר בקשתי עלי להשתמש בכספים שאקבל אך ורק למטרה שפורטה. אני מאשר כי אני מקבל עלי את כל ההתחייבויות הקשורות בקבלת הסכום.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצירופותיו עלי למסור מידע שישימש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותיי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך זה.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת btldpo@nioi.gov.il.
אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

חתימת התובע x

תאריך

לשימוש המוסד

נתקבל ביום שם העובד המטפל

% נכות זמנית מתאריך עד תאריך

% נכות צמיתה מתאריך עד תאריך

אבחנה רפואית

מצ"ב: ☐ דו"ח פקיד שיקום ☐ דו"ח הערכת סיעוד ☐ נספח תפקודי חתום ע"י רופא ופקיד שיקום

רמת סיוע מומלצת תאריך תחולה

הנמקה:

תאריך x x

שם וחתימת פקיד שיקום שם וחתימת מנהל תחום שיקום

החלטת המשרד הראשי: רמת סיוע מאושרת בתחולה מיום

הנמקה:

תאריך שם וחתימה x