



הסכמה להעברת תביעה לגמלת סיעוד באמצעות עו"ס / אחות:

☐ **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

לנשים בלבד: אם טרם הגעת לגיל 67 ויש לך ליקויים ברגלים, שמגבילים אותך בניידות או שאת מוגבלת לנוע באופן חלקי או בסיוע אמצעי עזר כגון: כיסא גלגלים או קלנועית - יתכן שתהיי זכאית לגמלת ניידות. אם תחליטי להיבדק לעניין ניידות, עלייך לפנות ללשכת הבריאות המחוזית שבאזור מגוריך, למלא טופס בקשה ידני או מקוון – לבדיקה, ולצרף אליו מסמכים רפואיים.

אם מונה לתובע אפטרופוס, יש לצרף צו אפטרופסות

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ס
מצב משפחתי: ☐ רווק/ה ☐ נשוי/אה ☐ ידוע/ה בציבור ☐ גרושה ☐ פרוד/ה ☐ אלמן/ה		
שפות דיבור:		
התובע מתגורר: ☐ בכתובת הרשומה במשרד הפנים ☐ במוסד _____		
☐ בכתובת אחרת: _____ אצל: _____ קרבה לתובע: _____		
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
_____	_____	_____ @ _____

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (מסרונים – sms, דואר אלקטרוני) במקום בדואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי, יישלחו אליך בערוצים הדיגיטליים לפי המידע שמסרת.

כתובת למשלוח דואר (ימולא רק אם בן המשפחה או האפטרופוס מבקש לשלוח מכתבים לכתובת שונה מהכתובת שבה מתגורר התובע)

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ס
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
		דירה
		יישוב
		מיקוד

תעודת עיור: האם ברשותך תעודת עיור? ☐ לא ☐ כן, נא לצרף צילום
 האם פתחת בתהליך לקבלת תעודת עיור? ☐ לא ☐ כן

אשפוז מתוכנן: האם מתוכנן אשפוז? ☐ לא ☐ כן, תאריך אשפוז מתוכנן _____

פרטים על בן/בת זוג

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ס

האם בן/בת הזוג הגישה תביעה לגמלת סיעוד/ שר"מ או מקבלת גמלת סיעוד/ שר"מ? ☐ כן ☐ לא

2 האנשים שגרים עם התובע

2

האם משהו מתגורר עם התובע?
☐ לא ☐ כן. אם כן, נא למלא את פרטיו:

שם משפחה	שם פרטי	ת"ז	יחס קרבה	האם מקבל, או מתכוון להגיש תביעה לסיעוד, לשירותים מיוחדים או לגמלה אחרת לסיעוד בפעולות היום יום?

3 איש קשר או אפטרופוס – להשלמת מידע או אם איש הקשר או האפטרופוס מבקש שההתקשרות תהיה איתו

3

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	ס"ב
טלפון קווי	טלפון נייד		
נא לציין אם מעוניין להיות נוכח בעת הביקור ☐ כן ☐ לא			
☐ 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.			

4

אם תמצא זכאי לגמלת סיעוד ברמה 1, תוכל לבחור באחת מ-4 האפשרויות הבאות:

- ☐ קצבה בסך 1,572 ₪;
☐ 5.5 יחידות בשבוע שניתן להשתמש בהן לטיפול אישי בבית, מרכז יום, משדר מצוקה, שירותי כביסה ומוצרי ספיגה (ללא כסף);
☐ 5.5 יחידות שירות בשבוע, שניתן להשתמש בהן בשילוב שירותי סיעוד נוספים וגמלה בכסף.
☐ 9 יחידות שירות בשבוע שניתן להשתמש בהן למגוון שירותים, פרט לקצבה בכסף ופרט לטיפול אישי בבית.

לתשומת לבך, ברמות הזכאות האחרות, האפשרויות לבחירה הן אחרות. במקרים שבהם יש הפחתה בגלל הכנסות גבוהות, יופחתו השעות/ יחידות השירות ב 50% מערך.

5 הצהרה על הכנסות

5

- ☐ אני מצהיר שאין לי ולבן/בת זוגי הכנסות פרט ל: ☐ קצבאות מהמוסד לביטוח לאומי, ☐ פנסיה ישראלית, ☐ הכנסות בתור עצמאי ☐ רנטה של ניצולי שואה. במקרים אלה, אין צורך לצרף אישורים.
☐ אני מצהיר שאני ☐ שכיר ☐ ו/או מקבל: ☐ קצבה סוציאלית מחו"ל ☐ הכנסות משכר דירה ☐ הכנסות מתגמולים אחרים;
☐ אני מצהיר שבן/בת זוגי ☐ שכיר ☐ ו/או מקבל: ☐ קצבה סוציאלית מחו"ל ☐ הכנסות משכר דירה ☐ הכנסות מתגמולים אחרים;

נא לצרף מסמכים על מקורות ההכנסה שצינת

☐ אני מצהיר שאין לי ולבן/בת זוגי הכנסות כלל.

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר ומפנסיה, לרבות כאלו שהיו לך או שהיו לך בעתיד. אם אתה מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה:
☐ אני התובע מסרב ☐ אני, בן זוג התובע מסרב (נשוי/ ידוע בציבור)
 שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים ולמשלמי הפנסיה שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) על הכנסותיי.
 ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי, אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי וזכאות לבן/בת הזוג.

קבלת תשלום או שירותים בעבור טיפול אישי או עזרה בבית ממוסד הביטחון

☐ לא מקבל

☐ מקבל: ☐ תשלום כספי ☐ שירותים

פרטי חשבון בנק

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון הפרטי

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 הפרטים של 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 פרטי ומשפחה: _____
 חתימת התובע / מקבל הגמלה / מגיש התביעה * _____

פרטים על תביעת נזיקין

- האם התלוצות בזולת כולה או מקצתה נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים? ☐ כן ☐ לא
- האם התלוצות בזולת נגרמה מאירוע תאונתי אחר (רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר וכד')? ☐ לא ☐ כן, נא פרט: **חובה לענות על שאלות אלו**

תאריך התאונה: _____ מקום התאונה: _____
 נסיבות אירוע התאונה: _____

- האם נמסרה הודעה למשטרה? ☐ לא ☐ כן, לתחנת המשטרה ב: _____ מס' תיק: _____
 כתובת תחנת המשטרה: _____

- האם הגשת או תגיש תביעה לפיצוי נזיקין? ☐ לא ☐ כן, בתאריך: _____
 מיהו הנתבע: _____ מס' התיק: _____

- עורך הדין המייצג אותך בתביעה: _____
 שם: _____ טלפון: _____ טלפון נייד: _____
 כתובתו: _____

מס' זהות / דרכון 7 8 סוג המסמך דפים		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
--	--	--------------------------------------	-----------------------

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות



כתב ויתור על סודיות רפואית

שם הגמלה: סיעוד

פרטים אישיים של המבוטח		
קוד גמלה 96	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה שנה חודש יום
שם משפחה		שם פרטי
חבר בקופת חולים: ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

הצהרת המבוטח או האפוטרופוס

- אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, או האפוטרופוס של המבוטח, להלן הפרטים האישיים של האפוטרופוס:
- שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות _____
- מוותר על הסודיות הרפואית שלי:
- נותן בזה את הסכמתי למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי אודותיי.
 - נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לנותן השירותים שיספק לי את שירותי הסיעוד, מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.
 - נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לרשות ההגירה ולקבל מרשות ההגירה, מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.
 - נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור למחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית ולקבל מהמחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, לרבות מידע על גמלת הסיעוד, לו אקבלה.
 - נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לקופ"ח שבה אני מבוטח ולקבל ממנה: מידע רפואי וסוציאלי אודותיי הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד ואת התוצאות של הערכות התלות שתערכנה בגין תביעה זו.

ולראייה באתי על החתום

חתימת המבוטח או האפוטרופוס x

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

ויתור סודיות והרשאה למסירת מידע לעובד הסוציאלי



1 פרטי העובד הסוציאלי

1

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות או מס' זהות ס"ב	מספר רשיון
שם הרשות / המוסד		טלפון נייד	

אני מצהיר שלא אעשה כל שימוש לרעה במידע שיימסר לי על ידי נציג המוסד לביטוח לאומי תאריך _____ שם _____ חתימה ✕ _____

2 פרטי המבוטח

2

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב
מיקוד רחוב / תא דואר מס' בית כניסה דירה ישוב טלפון קווי טלפון נייד דואר אלקטרוני			

☐ 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.

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 ✕ _____