



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

☐ בית חולים _____ שם עו"ס ב"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

פרטי התובע

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
התובע נמצא כעת: ☐ בכתובת הרשומה במשרד הפנים ☐ בכתובת אחרת. אצל: _____ קרבה לתובע					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני: _____ @ _____	
מצב משפחתי: ☐ רווק/ה ☐ נשוי/אה ☐ ידוע/ה בציבור ☐ גרושה ☐ פרודה ☐ 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 ס"ב	
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתיך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.					

2

אנשים שגרים עם התובע

האם מתגוררים אנשים, עם התובע? ☐ לא ☐ כן. אם כן, נא למלא:					
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב		יחס קרבה	
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב		יחס קרבה	

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 ביועין 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.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצירופותיו עלי למסור מידע שישמש 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 אודותי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך זה

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותי 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 אודותי מצדדי ג', בהתאם לדין.

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

x

תאריך		שם פרטי ומשפחה		חתימת התובע / מקבל הגמלה / מגיש התביעה	
למלא אם מגיש התביעה אינו התובע					
הקשר לתובע		טלפון קווי		טלפון נייד	
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

מס' זהות / דרכון 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	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה
96		שנה חודש יום
שם משפחה		שם פרטי
חבר בקופת חולים: ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

הצהרת המבוטח או האפוטרופוס (רק אם יש)

אני ☐ התובע ☐ אפוטרופוס _____ שם _____ מס' תעודת זהות _____ הח"מ,

מוותר על הסודיות הרפואית שלי/ של הנ"ל ו:

- 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 ✕ _____



ויתור סודיות והרשאה
למסירת מידע
לעובד הסוציאלי

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

פרטי העובד הסוציאלי

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב	או	מספר רישיון
שם הרשות / המוסד		טלפון		
אני מצהיר שלא אעשה כל שימוש לרעה במידע שיימסר לי על ידי נציג המוסד לביטוח לאומי תאריך _____ שם _____ חתימה ✕ _____				

פרטי המבוטח

2

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב
כתובת			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	
		@ _____	
☐ 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.			

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 ופותר 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 ✕ _____