



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג		דפים		המסמך					
0	8	0	1						

בחירת שירותי סיעוד לזכאי
ברמה ראשונה 3 – 2.5 נקודות תלות

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.

2 אפשרויות הבחירה

- לקבל את כל הגמלה בכסף – 1,408 ₪ בחודש.
 - לקבל גמלה בשווי 5.5 שעות שבועיות – לקבלת סל השירותים- טיפול אישי בית, מרכז יום, משדר מצוקה, שירותי כביסה ומוצרי ספיגה. ניתן לשלב חלק מהגמלה בכסף
 - 9 שעות בשבוע לקבלת מגוון השירותים **מלבד** טיפול אישי בבית.
- לאחר הגשת הטופס, ניצור אתכם קשר לתיאום מרכיבי הגמלה

מגיש הבקשה הוא מקבל הגמלה: תאריך _____ חתימה * _____

מגיש הבקשה אינו מקבל הגמלה: פרטי המבקש: שם _____ מס' ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה * _____

3 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 לחשבוני הפרטי

ברשותי חשבונות בנק נוספים לא כן, בנק _____ סניף _____ מס' חשבון _____
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 /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 יא עלי להמציאם לפי דרישה.**

תאריך _____ חתימת מקבל התשלום _____ * _____

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד