



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
שיקום

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך		דפים							

תביעה למקדמת שיקום

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
תאריך לידה	מין זכר ☐ נקבה ☐	מספר ילדים עד גיל 18
שנה חודש יום	מצב משפחתי רווקה ☐ אלמן/ה ☐ נשוי/אה ☐ גרשה ☐ ידועה/בציבור ☐	

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. לדיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

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

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	יחס קרבה לתובע ☐ קרוב משפחה ☐ אפוטרופוס ☐ עו"ד ☐ חברה מייצגת ☐ ר"ח ☐ אחר: _____
טלפון להתקשרות	דואר אלקטרוני	יפוי כוח ☐ צו אפוטרופסות פסק דין ☐ אחר: _____ אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצורף העתק	
חתימה *	תאריך		

3 אישור מקדמה

הריני מבקש לאשר לי מקדמה בסך _____ ₪ למטרת _____
 הסכום הכולל הנדרש למטרה זו _____ ₪. *נא לצרף מסמכים (רישיונות, הצעת חוזה, אישור בנייה, הצעות מחיר וכד', בהתאם למטרה).

- מקורות מימון נוספים: 1. _____ הסכום _____ ₪
 2. _____ הסכום _____ ₪
 3. _____ הסכום _____ ₪

4 פירוט הכנסות

הכנסות

הכנסות	התובע (₪ ברוטו בחודש)	בן/בת הזוג (₪ ברוטו בחודש)
עבודה שכירה אצל		
עבודה עצמאית ב-		
הכנסה מכל מקור אחר		

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסתך משכר ומפנסיה. אם אתה מתנגד לכך, עליך לסמן את ההצהרה הבאה:
☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים ולמשלמי הפנסיה שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי.
 ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

5 הצהרה

ידוע לי כי כל פעולה או התחייבות שתיעשה על ידי בעניין הבקשה בטרם אישורה הינה על אחריותי בלבד. ידוע לי כי אם תאושר בקשתי, עליי להשתמש בכספים שאקבל אך ורק למטרה שפורטה.
 אני החתום מטה מצהיר בזאת כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

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 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.

תאריך _____ חתימת מקבל הגמלה ✕ _____

לשימוש המוסד

אחוזי נכות צמיתה _____ תאריך הפגיעה _____

ענף מזכה: ☐ נפגעי עבודה ☐ נכות כללית ☐ שארים ותלויים

תיאור הפגיעה _____

תשלומים קודמים שקיבל ממחלקת השיקום: היוון, מקדמה, מענק מיוחד:

תאריך	סוג תשלומים	סכום ב-₪	מטרה	יתרת חוב

קצבתו החודשית האחרונה הידועה לי _____ ₪ מתאריך _____

קצבה מיוחדת: _____ ₪ קצבת ניידות: _____ ₪ קצבאות אחרות _____ ₪

מטרת הבקשה (יש לצרף דו"ח ומסמכים נלווים במידת הצורך)

רצ"ב המסמכים הבאים:

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

☐ מומלץ לאשר מקדמה בסכום של: _____ ₪ בהחזר של _____ ₪ ל- _____ חודשים.

הנמקה: _____

תאריך	חתימה	_____ x	_____ x	_____ x
	תואר התפקיד			

החלטת המשרד הראשי

תאריך _____ חתימה _____ x