



בקשה לתגמול טיפול רפואי חלקי בשל מצב רפואי מתמשך ע"פ תקנות הנכים (טיפול רפואי), תשי"ד 1954

יש לצרף לטופס זה

- ✍ עבור נכים שעובדים באופן חלקי – נדרש אישור של רופא תעסוקתי בנוגע לבעיות התפקודיות ולאובדן כושר עבודה חלקי.
- ✍ עבור נכים שאינם עובדים כלל - נדרש מסמך מרופא מומחה בתחום הנכות בנוגע לממצאים רפואיים ותפקודיים הקובעים את אובדן הכושר להשתכר באופן מלא וכשירות לעבוד חלקית בלבד (בשיעור 75% או 50% לתקופה שתצוין באישור).
- ✍ נפגע שכיר יציג אישורים ממקום העבודה על היקף משרתו.
- ✍ עצמאי יגיש הצהרה חתומה (בחתימה וחותמת) על ידי עורך דין על ירידה בהיקף משרתו.

כיצד יש להגיש את התביעה

✍ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:

- למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
- לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.

✍ לשאלות וביירוטים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

מידע כללי:

- ✍ **תגמול לנכה שבשל מצבו הרפואי, הנובע מאירוע האיבה, ירדה יכולת ההשתכרות שלו והוא יכול לעבוד בהיקף משרה חלקי בלבד של 50% או 75%.** התגמול לנכה שכיר או עצמאי, והחל מיום 13.10.2021, זכאות גם לנכה שאינו עובד ושנקבע לגביו כי בשל נכותו ומצבו הרפואי, יכול לעבוד בהיקף משרה חלקי בלבד.
- ✍ הזכאות אינה מותנית בהיות הנכה בתקופה של החלמה מטיפולים ועל כן היא יכולה להינתן לתקופה ממושכת.
- ✍ נכה פעולות איבה שנקבע לגביו שהוא יכול לעבוד בהיקף של משרה חלקית **בלבד** זכאי לתגמול שיהיה בסכום קבוע ללא קשר להכנסתו הקודמת ובנוסף לקצבה בגין אחוזי הנכות שלו.
- ✍ לנכה שנקבע לגביו שהוא יכול לעבוד בהיקף של 50% משרה בלבד, ישולם **מחצית** הסכום המינימלי הקבוע בתקנות (פיצוי בעת טיפול רפואי).
- ✍ לנכה שנקבע לגביו כי הוא יכול לעבוד בהיקף משרה של 75%, ישולם סכום שהוא **רבע** מהסכום המינימלי הקבוע בתקנות (פיצוי בעת טיפול רפואי).

חשוב לדעת:

- ✍ התגמול ישולם מיום בקשת הנכה, ולא ישולם לתקופה קודמת לבקשה.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף נפגעי פעולות איבה

בקשה לתט"ר חלקי בשל מצב רפואי מתמשך

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

פרטי הנפגע

1

שם משפחה	שם פרטי	מין ☐ זכר ☐ נקבה	מספר זהות ס"ב
תאריך לידה	מצב משפחתי ☐ רווק/ה ☐ נשוי/אה ☐ אלמן/ה ☐ גרושה/ה ☐ פרוד/ה ☐ ידועה/בציבור		
כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשורת			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני: @	
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 לידיעתך, 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
מיקוד	יישוב		

2

בקשה לתגמול טיפול רפואי חלקי

יש לציין את תאריך התקופה המבוקשת:	
מיום	עד יום
יש לסמן את היקף היכולת התעסוקתית כמפורט באישור הרופא:	
☐ בשיעור 50%	☐ בשיעור 75%
1. אני מבקש תגמולים בשל ירידה ביכולת ההשתכרות עקב מצבי הרפואי שמפגיעת האיבה.	
2. אני מתחייב להודיע כאשר מצבי הרפואי ישתפר ויתאפשר לי לעלות את היקף משרתי.	
3. אני מתחייב להודיע על כל שינוי בהיקף משרתי.	
4. לא קיבלתי שכר או פיצוי אחר בעבור צמצום כושר התעסוקה שלי למשרה חלקית.	
5. ידוע לי שאם קיבלתי שכר מלא בתקופה בו ירד היקף המשרה שלי, ניתן להעביר את התגמול למעסיק שלי בכפוף למילוי טופס דרישתו להחזר (רצ"ב טופס דרישה בעמוד 6)	
תאריך: _____ חתימת המצהיר ✕ _____	

3

פרטי מעסיק לעובד שכיר (חלק זה ימולא על ידי עובד שכיר שמועסק במשרה חלקית) יש להוסיף אישור מהמעסיק על היקף המשרה.

שם המעסיק		מס' תיק ניכויים	
תאריך התחלת עבודה	תאריך תחילת עבודה במשרה חלקית	טלפון מעסיק / משאבי אנוש	
כתובת			
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
		ישוב	מיקוד

4

פרטי חשבון הבנק אליו יועברו התשלומים

שמות בעלי החשבון			
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
אני השותף בחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקו לחשבון, עבור מקבל הגמלה. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי כח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטיהם של השותפים בחשבון ומיופי הכח, במהלך תקופת הזכאות ואחריה. 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 פרטיהם 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 יהא עלי להמציאם לפי דרישה. תאריך: _____ שם השותף: _____ מספר ת.ז. _____ חתימה ✕ _____			

5

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים 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 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.

כמו כן 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 לביטוח לאומי.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שימש 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 www.btl.gov.il < יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות.

אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותי מצדדי ג', בהתאם לדין.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

תאריך _____ חתימת התובע / מקבל הגמלה ✕ _____

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף נפגעי פעולות איבה
כתב ויתור סודיות רפואית



שם הגמלה: איבה

1 פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	תאריך אירוע
13		שנה חודש יום	שנה חודש יום
שם משפחה		שם פרטי	
חבר בקופת חולים			
☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____			

2 הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטתי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה 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 או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____

לכבוד:
פקיד תביעות
מחלקת נפגעי פעולות איבה
סניף _____

פרטי הנפגע

הצהרה

תאריך: _____ שם מלא ותפקיד בחברה: _____ חתימה וחותמת ✕