



תביעה לתשלום הוצאות אש"ל, נסיעה ושכר בטלה

תנאי זכאות לקבלת החזר הוצאות אשל

תובע שהתייצב בפני ועדה או רופא מוסמך זכאי להחזר ההוצאות שנגרמו לך במישרין בגין התייצבותך לפי הפירוט הבא:

🔗 החזר הוצאות נסיעה – בתעריפי תחבורה ציבורית:

א. הוצאות נסיעה בתחבורה ציבורית יוחזרו אם התובע נסע מרחק של 40 ק"מ לפחות מכל כיוון במקרים הבאים:

למי שמגיע לוועדה רפואית דרג ראשון, ועדת עררים נכות כללית, ועדת עררים נכות מעבודה - ביוזמת המוסד בלבד.

ב. הוצאות נסיעה בתחבורה ציבורית לוועדות ערר ילד נכה ושירותים מיוחדים יוחזרו ללא תנאי וללא מגבלות ק"מ על פי הכללים הקבועים.

ג. הוצאות נסיעה במקרים מיוחדים יוחזרו רק על פי אישור של רופא המוסד או הוועדה הרפואית.

🔗 הוצאות נסיעה למלווה אחד, ישולמו על פי בקשה ובאישור רופא המוסד או הוועדה הרפואית.

🔗 אם נאלצת לשהות מחוץ למקום מגוריך והמרחק בין ביתך למקום התייצבותך עולה על 40 ק"מ תהיה זכאי:

1. להוצאות כלכלה לארוחת צהרים, אם שהיית כאמור בין השעות 12.00 – 16.00.

2. הוצאות כלכלה לארוחת ערב אם נאלצת לשהות מחוץ למקום מגוריך כאמור לאחר השעה 19:00 ולפחות 4 שעות.

3. בעד הפסד זמן ישולם לנפגע עבודה סכום השווה להפסד השכר בהתאם לאישור המעביד, ולא יותר מדמי פגיעה מקסימליים.

4. הוצאות לינה: אם אתה מתגורר במרחק העולה על 50 ק"מ ועקב התייצבותך נאלצת להוציא הוצאת לינה, ע"פ אישור מראש ובכתב של המוסד ובצרוף קבלה.

5. הוצאות טיסה לתושבי אילת, יוחזרו בהצגת צילום מכרטיס הטיסה.

כיצד יש להגיש את התביעה

🔗 את טופס יש לשלוח או להביא לסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף ועדות רפואיות

תביעה לתשלום הוצאות
אש"ל, נסיעה ושכר בטלה

1

פרטי התובע

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות
ס"ב

כתובת

רחוב / תא דואר

מס' בית

כניסה

דירה

ישוב

מיקוד

פרטי חשבון הבנק

שם הבנק

שם הסניף וכתובתו

מספר הסניף

מספר חשבון

ההוצאות נגרמו בתאריך

בשעה

לועדה ב

נסעתי לבדיקה ב*: ☐ תחבורה ציבורית ☐ רכב פרטי ☐ מונית ☐ אחר ☐
הגעתי לבדיקה בעזרת מלווה ☐ לא ☐ כן
סה"כ הסכום ששולם ☐ ש
* נא לצרף כרטיסי נסיעה או טיסה או קבלות על נסיעה במונית.
נפגע עבודה, אשר תובע תשלום עבור הפסד ימי עבודה, יצרף אישור ממעבידו יחד עם הזמנה מקורית לועדה.

חתימה *

תאריך

2

אישור הרופא

אני מאשר כי: שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות

הופיע לבדיקה ב: בתאריך בשעה

ממליץ לאשר לנ"ל נסיעות ☐ כן ☐ לא ☐ ב: ☐ רכב פרטי ☐ מונית ☐ נסיעה בתחבורה ציבורית
ממליץ לאשר החזר נסיעות למלווה ☐ לא ☐ כן

חתימה וחותמת *

שם הרופא

תאריך

3

למילוי ע"י פקיד תביעות או מזכיר ועדה

למילוי ע"י פקיד כספים

אל: תחום כספים בסניף
נ. כללית ☐ ילד נכה ☐ נ"ע ☐ שיקום ☐ איבה ☐ אחר ☐
נא לשלם החזר עבור: ☐ נסיעות ☐ ארוחות ☐ מלווה ☐ הפסד שכר

כמות

סוג ההוצאה

תעריף

סכום להחזר

נסיעות או ק"מ מ עד

ארוחות: ☐ בוקר ☐ צהרים ☐ ערב

הפסד שכר

סה"כ לתשלום

תאריך

תאריך

חתימת פקיד כספים *

חתימת פקיד תביעות או מזכיר ועדה *

4

למילוי ע"י תחום כספים

בוצע תשלום על סך ☐ ש במילים ☐ ש
בהמחאה מס' ☐ בתאריך ☐ אני מאשר קבלת סכום ☐ ש
חתימת פקיד כספים * חתימת התובע * תאריך

הודעה על החזר הוצאות

1. בקשתך להחזר הוצאות עבור:

- ☐ תחבורה ציבורית ☐ תחבורה מיוחדת ☐ לינה ☐ כלכלה ☐ הפסד זמן עבודה לוועדה מיום _____ ☐ אושרה ☐ נדחתה

הסיבה לדחייה:

- ☐ המרחק ממקום מגוריך למקום הוועדה איננו עולה על 40 ק"מ.
☐ הערעור על הוועדה הוגש מטעמך.
☐ רופא המוסד/ועדה רפואית בפניו/ה לא אישרו שימוש בתחבורה מיוחדת
☐ המרחק ממקום מגוריך למקום הוועדה איננו עולה על 50 ק"מ ו/או שהותך מחוץ למקום מגוריך איננו עולה על 24 שעות.
☐ המרחק ממקום מגוריך למקום הוועדה איננו עולה על 30 ק"מ ו/או שהותך מחוץ למקום מגוריך איננה עולה על 4 שעות.
☐ לבקשתך להחזר הוצאות לא צורף דוח נוכחות של יום העבודה/אישור היעדרות מהמעסיק.

2. בקשתך להחזר הוצאות עבור המלווה: ☐ אושרה ☐ נדחתה

הסיבה לדחייה:

- ☐ רופא המוסד/ ועדה רפואית בפניו/ה עמדת לא אישר/ו כי אתה זקוק למלווה.
☐ לא נגרמו הוצאות נוספות למלווה מעבר להוצאותיך.

בברכה,

תאריך _____ ת.ז. _____ חתימה * _____