



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

**תביעה לתשלום מענק מיוחד  
לנפגעי עבודה**

דיור  אביזרי עזר  רכב

עמוד 1 מתוך 2

לשימוש פנימי בלבד (סריקה) מספר זהות / דרכון סוג המסמך דפים	<b>חותמת קבלה</b>
---	-------------------

אני החתום מטה תובע לפי סעיף 112 לחוק מענק מיוחד לסידורים חד פעמיים הנובעים מנכותי.

**1 פרטי התובע**

שם משפחה	שם פרטי	שנת לידה	מספר זהות ס"ב		
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS					
תאריך הפגיעה	מצב משפחתי	ילדים מתחת לגיל 18			
<input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> נשוי/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/ה בציבור					
אחוזי נכות שנקבעו _____ <input type="checkbox"/> לצמיתות <input type="checkbox"/> זמניים עד לתאריך _____					
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

**2 הנימוקים לתביעה**

אנא פרט מטרת המענק לו אתה נזקק וגובה המענק המבוקש \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**עליך לצרף לתביעה מסמכים רפואיים עדכניים שיתייחסו למצבך הרפואי, לאשפוזים שהיו בשנים האחרונות, לטיפולים שהיך מקבל ולקשייך התפקודיים הנובעים מפגיעת העבודה שלך.**

**3 פרטי חשבון הבנק של התובע**

אני מבקש לשלם לי את המענק המיוחד, אם יאושר, באמצעות:

שמות בעלי החשבון \_\_\_\_\_

מס' הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר 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 פרטי מושכי התשלומים.

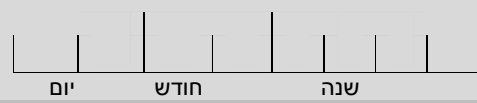
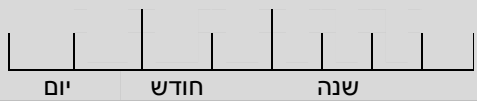
תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעלי החשבון **x** \_\_\_\_\_

**4 הצהרה**

אני החתום מטה מצהיר בזה 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 בידעין 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע **x** \_\_\_\_\_

**לשימוש המוסד (סניף)**

שם עובד מקבל		נתקבל ביום	
			
צמיתה מיום		פרטי הנכות:	
		%	
מהות הפגיעה (אבחנה רפואית)			
_____			
_____			
מצורפים בזה: (א) דו"ח פקיד שיקום (ב) הצעות מחיר			
המלצות ועדת שיקום			
_____			
_____			
_____			
_____ <b>x</b>	_____ <b>x</b>	_____ <b>x</b>	תאריך
			תואר התפקיד
החלטת המשרד הראשי			
_____			
_____			
_____			
חתימה <b>x</b>		תאריך	
_____		_____	