



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
שירותים מיוחדים  
مؤسسة التأمين الوطني  
إدارة المخصصات  
الخدمات الخاصة

## תביעה לקצבת שירותים מיוחדים طلب لتلقي مخصصات خدمات خاصة

**על מנת ליעל את הטיפול בתביעתך, חובה לצרף לתביעה זו  
יגב إرفاق ما يلي لتحسين علاج هذا الطلب**

סיכומי מחלה ומידע רפואי המפרטים את כל המחלות, הטיפולים, התרופות והאשפוזים.  
تقارير ومعلومات طبية تشير الى جميع الأمراض, العلاجات, الأدوية والمكوث في المستشفى.

אם אינך מקבל קצבת נכות ואתה עובד - אישורים על הכנסות מעבודה (תלושי שכר) ב- 6 החודשים  
האחרונים  
إذا كنت تعمل ولا تتلقى مخصصات عجز – إثباتات عن الدخل من العمل (قسائم الرواتب) في ال-6 أشهر الأخيرة.

### כיצד יש להגיש את התביעה كيفية تقديم الطلب

אם החותם על התביעה אינו תובע הגמלה עצמו, נא למלא גם את סעיף 2 ולהביא את האישורים  
הנדרשים בו.

يجيب تعبئة الفرع 2 وإرفاق الإثباتات المطلوبة إذا لم يكن الموقع على الطلب هو صاحب الطلب نفسه.

את טופס התביעה יש לשלוח בדואר או להביא לסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.  
לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345.  
يجب إرسال الطلب بواسطة البريد, تسليمه لموظف استقبال الجمهور في فرع التأمين الوطني القريب من مكان سكنك.  
للسئلة والاستفسار عليك التوجه لهاتف رقم \*6050 أو 04-8812345.

מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).  
يمكنك الاستعانة بموقع التأمين الوطني بالإنترنت للحصول على معلومات إضافية [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

## לידיעתך לעמך

קצבת שירותים מיוחדים ניתנת למי שזקוק לעזרה רבה בביצוע פעולות היום יום שהן: ניידות בבית, אכילה, הלבשה, רחצה והיגיינה אישית וכן סיוע בניהול משק בית או זקוק להשגחה מתמדת ופעילה למניעת סיכון לעצמו או לאחרים, ובתנאי שנקבעו האחוזים הרפואיים הבאים:  
 تدفع مخصصات الخدمات الخاصة لمن يحتاج مساعدة بالقيام بالأعمال اليومية مثل: التنقل في البيت, الأكل, ارتداء الملابس, الاستحمام والنظافة الشخصية وأيضا لمساعدة بالتدبير المنزلي وحاجة للمراقبة الثابتة والفعالة لمنعه من إلحاق الضرر بنفسه أو بالآخرين وبشرط إذا حددت له نسبة عجز كالتالي:

← **לפחות 60% מנופה ומשוקלל לשירותים מיוחדים למי שמקבל קצבת נכות.**  
 على الأقل 60% غير محسوبة وموزونة للخدمات الخاصة لمتلقي مخصصات عجز.

← **לפחות 75% מנופה ומשוקלל לשירותים מיוחדים למי שלא מקבל קצבת נכות.**  
 على الأقل 75% غير محسوبة وموزونة للخدمات الخاصة لمن لا يتلقى مخصصات عجز.

← **עולה בשנה הראשונה לעלייתו.**  
 قادم جديد في السنة الأولى من قدومه الى البلاد.

← לצורך בדיקת זכאותך, יתכן כי יהיה עליך להיבדק מחדש לעניין אחוזי נכות רפואית ולעניין הזכאות לקצבת נכות ובדיקה זו, עשויה לשנות את אחוזי הנכות (לרבות הפחתתם), ולהשפיע על קצבת הנכות המשולמת לך . בחתימתך על טופס התביעה, אנו רואים הסכמה לאמור.  
 من أجل فحص استحقاقك, من الممكن أن يتم استدعائك لفحص جديد لتحديد نسبة العجز الطبي واستحقاقك لمخصصات عجز, هذا الفحص, قد يغير نسبة العجز (يشمل تخفيضها), وقد يؤثر على مخصصات العجز المدفوعة لك. يعتبر توقيعك على هذا الطلب كموافقة على ذلك.

← אם אתה בעל מוגבלות ברגליים, באפשרותך להגיש נוסף לכך תביעה לגמלת ניידות.  
 تستطيع تقديم طلب لتلقي مخصصات تنقل إذا كنت ذو إعاقة في الأرجل.

← לתשומת ליבך, אפשר לקבל קצבה לשירותים מיוחדים וקצבת ניידות למי שהוכר כבעל מוגבלות בניידות בשיעור 100% או זקוק לכיסא גלגלים או שנקבעה לו זכאות לקצבת שירותים מיוחדים בשיעור של 105%  
 يرجى الملاحظة, تستطيع تلقي مخصصات خدمات خاصة وتنقل لمن اعترفوا فيه كمحدود التنقل بنسبة 100% أو بحاجة لكرسي مقعدين أو يستحق مخصصات خدمات خاصة بنسبة 105%.

← **על פי חוק, תאושר הקצבה לכל היותר בעבור 6 החודשים שקדמו להגשת התביעה.**  
 وفقا للقانون, يتم الموافقة على الطلب لفترة أقصاها 6 أشهر بأثر رجعي.

### חובה לחתום על טופס התביעה التوقيع على نموذج الطلب إلزامي

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד  
 كتبت هذه الإستمارة بصيغة المذكر لكنّها موجهة للنساء والرجال على حدّ سواء



**המוסד לביטוח לאומי**  
 מינהל הגמלאות  
 שירותים מיוחדים  
**مؤسسة التأمين الوطني**  
 إدارة المخصصات  
 الخدمات الخاصة

**חותמת קבלה**

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון _____	
סוג המסמך	דפים

**פרטי התובע**

1

تفاصيل مقدم الطلب

שם משפחה اسم العائلة		שם פרטי الاسم الشخصي		מספר זהות رقم الهوية	
טלפון קווי رقم الهاتف		טלפון נייד الهاتف الخليوي		דואר אלקטרוני بريد الكتروني	
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS أوافق على استلام رسائل نصية		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני أوافق على استلام الرسائل بواسطة البريد الالكتروني			
גר במשק בית עם <input type="checkbox"/> בת זוג <input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> ילדים מעל גיל 18 <input type="checkbox"/> ילדים מתחת לגיל 18 <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> أسكن في المنزل مع <input type="checkbox"/> زوجة <input type="checkbox"/> والد/ة <input type="checkbox"/> أولاد فوق سن ال 18 <input type="checkbox"/> أولاد دون سن ال 18 <input type="checkbox"/> آخر <input type="checkbox"/>					
האם אתה שווה עכשיו או שהית בחצי השנה האחרונה במוסד? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ هل تسكن أو سكنت في مؤسسة في النصف سنة الأخيرة؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم, فصل _____					
האם פנית למשרד הביטחון בגלל פגיעה בשירות הצבאי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> هل توجهت لوزارة الدفاع بسبب إصابة في الخدمة العسكرية؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> כן, צרף העתק של דוח הוועדה הרפואית نعم, ارفق نسخة عن تقرير اللجنة الطبية					
האם נכותך נגרמה מתאונה? (תאונת דרכים, רשלנות רפואית, תקיפה וכדומה) <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> هل حصل العجز بسبب حادث? (حادث طرق, إهمال طبي, اعتداء وما شابه) <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>					
<p align="center"><b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה במשרד הפנים)</b>                  العنوان البريدي (إذا كان مختلفا عن العنوان المسجل في وزارة الداخلية)</p>					
מיקוד رقم المنطقة	יישוב البلدة	דירה الشقة	כניסה المدخل	מס' בית رقم المنزل	רחוב / תא דואר شارع / صندوق بريد

**פרטי מגיש התביעה (ימולא אם התובע אינו מסוגל להגיש את התביעה בעצמו, עקב מצבו הבריאותי)**  
**תفاصيل مقدم الطلب (إن لم يستطع مقدم الطلب تقديم الطلب بنفسه لأسباب صحية)**

<p>שם משפחה اسم العائلة</p> <p>שם פרטי الاسم الشخصي</p> <p>יחס קרבה לתובע صلة القرابة لصاحب الطلب</p> <p>מספר זהות رقم الهوية ב"ו</p>			
<p>דואר אלקטרוני البريد الإلكتروني</p> <p><input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני أوافق على استلام الرسائل بواسطة البريد الإلكتروني</p>	<p>טלפון נייד الهاتف الخليوي</p> <p><input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS أوافق على استلام رسائل نصيئة SMS</p>	<p>טלפון קווי رقم الهاتف</p>	<p>פקס فاكس</p> <p>סיבת הגשת התביעה בשם המבוטח سبب تقديم الطلب بدلا عن المؤمن</p> <p><input type="checkbox"/> ייפוי כוח <input type="checkbox"/> צו אפוטרופסות <input type="checkbox"/> פסק דין (יש לצרף את המסמך המתאים) وكالة أمر وصاية قرار حكم (يجب ارفاق الوثيقة المناسبة)</p> <p>אם אין ברשותך האמור לעיל, אנא מלא – אני מבקש להתמנות כמקבל גמלה إذا لم يكن بحوزتك المطلوب أعلاه, الرجاء سَجَل – أطلب تعييني كمتلقي المخصّصات</p> <p>חתימה * التوقيع</p> <p>תאריך: التاريخ:</p>

**פרטים על הנכות, אשפוזים וגורמים מטפלים**  
 تفاصيل عن العجز, المكوث في المستشفى والعوامل المعالجة

3

1

1

מנקב במרפאת متابعة في عيادة	אשפוז מקוּת في المستشفى	החמרה מתאריך תדהור في الحالة من تاريخ	התחיל מתאריך بدأ من تاريخ	תיאור המחלה / הליקוי وصف المرض / الإعاقة	
	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>			פרט את המחלה או הליקויים שאתה סובל מהם سجل المرض أو الإعاقات التي تعاني منها	1
	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>			חולה אונקולוגי مرض أورام	2
	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>			מטופל בדיאליזה يعالج لغسيل الكلى	3
	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>			לאחר השתלה, פרט _____ بعد زراعة, فصل	4
	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>			עיוור – יש לצרף בדיקת חדות/שדה ראייה האם קבלת תעודת עיוור ממשרד הרווחה – השירות לעיוור? كفيف – يجب ارفاق فحص حدة البصر/ حقل الرؤية هل حصلت على شهادة كفيف من وزارة الشؤون الاجتماعية – خدمات الكفيف? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	5
	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>			האם אתה מטופל בלשכת הבריאות או תחנה לבריאות הנפש? هل تتعالج في وزارة الصحة أو محطة للعلاج النفسي?	6
	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>			תלוי בעזרת הזולת לביצוע פעולות היום יום, אחר? أعتمد على مساعدة الآخرين في تنفيذ الفعاليات اليومية, آخر? פרט _____ فصل	7
	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>			מונשם مربوط بجهاز تنفس (متنفس اصطناعي)	8

4

**הסכמה לקביעת רופא ללא נוכחות** נא לחתום למטה אם אתה מעוניין שהחלטה תיקבע לפי מסמכים בלבד  
**موافقة على قرار الطبيب لتحديد نسبة العجز بدون المثول للفحص** الرجاء التوقيع أدناه اذا كنت موافق على أن يتخذ قرار وفقا للمستندات  
 المرفقة فقط.

אני מסכים בזאת, שרופא יקבע את אחוזי נכותי הרפואית ויקבל החלטה לשירותים מיוחדים לפי מסמכים בלבד, ובלי  
 לזמן אותי לבדיקה רפואית.  
 ידוע לי שלמרות הסכמתי לכך יהיה עליי להגיע לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.  
 أوافق بهذا, بأن يقرر الطبيب نسبة إعاقتي وفقا للمستندات المرفقة ودون أن يستدعيني للفحص الطبي. أعلم أيضا أنه رغم موافقتي, يتوجب  
 علي الخضوع للفحص في حالة استدعائي من قبل الطبيب.

חתימת התובע \*

توقيع مقدم الطلب

5

**הצהרה על הכנסות ופרטים אחרים**

تصريح عن الدخل وتفاصيل أخرى

א. יש למלא רק במקרים שבהם לא משולמת קצבת נכות כללית:  
 يجب التعبئة فقط في الحالات التي لا تدفع فيها مخصصات عجز عام:  
 הכנסות מעבודה  אין  יש - (נא לצרף 6 תלושי שכר אחרונים)  
 دخل من العمل  كلا  نعم - (الرجاء ارفاق 6 قسائم الرواتب الأخيرة)

ב. יש למלא סעיף זה רק במקרים של עולה חדש בשנה הראשונה לעליה:  
 يجب تعبئة هذا البند فقط في حالات قادم جديد في السنة الأولى من قدومه الى البلاد:

האם קיימות ההכנסות הבאות (כולל הכנסה מחו"ל):

هل لديك دخل كالتالي (يشمل دخل من خارج البلاد):

פנסיה  תגמול  רנטה  אחר  
 تقاعد  تعويضات  مستحقات من خارج البلاد  آخر

**פרטי חשבון הבנק של התובע**

تفاصيل حساب بنك مقدم الطلب

**כל תשלום שגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה: אطلب تحويل أي دفعة قد أستحقها عن هذا الطلب لحسابي الخاص المسجلة تفاصيله أدناه:**

שמות בעלי החשבון اسماء أصحاب الحساب			
שם הבנק اسم البنك	שם הסניף / כתובתו اسم الفرع / عنوانه	מס' סניף رقم الفرع	מספר חשבון رقم الحساب

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.  
 أنا شريك في حساب البنك التابع لحامل بطاقة هوية رقم \_\_\_\_\_ الاسم \_\_\_\_\_ ألتزم باستخدام مبلغ المخصصات الذي سيحوّل إلى الحساب، لمصلحة متلقي المخصصات.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים. אلتزم بإبلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أي تغيير قد يطرأ على هوية الشركاء في حساب البنك و/أو المفوضين في الحساب، والحصول على توقيعهم على استمارة تحديث الحساب. أوافق بأن يقوم البنك من حين إلى آخر بتزويد مؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، بتفاصيل الشركاء والمفوضين، وذلك خلال فترة الاستحقاق أو بعدها.  
 أوافق أن يقوم البنك بإعادة الأموال المودعة في حسابي لمؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، وذلك في حال قامت المؤسسة بتحويل مبلغ ما إلى حسابي بالخطأ أو بشكل غير قانوني، سواء كان كاملاً أو جزئياً. كما ويجوز للبنك تزويد المؤسسة بتفاصيل الأشخاص الذين قاموا بسحب الأموال.

×	×	×	×
תאריך تاريخ	חתימת מקבל הגמלה توقيع متلقي المخصصات	חתימת/חתימות השותפים לחשבון توقيع الشركاء في الحساب	קרבה לתובע صلة القرابة لمقدم الطلب

אני החתום מטה תובע גמלת שירותים מיוחדים, ומצהיר 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.

במידת הצורך, אני מסכים להיבדק מחדש לעניין אחוזי נכות רפואית. ידוע לי, שבדיקה זו יכולה לגרום לשינוי באחוזי הנכות, ולהשפיע על זכאותי לקצבת נכות ולקצבת שירותים מיוחדים (לרבות הפחתתם).

אני מסכים בזאת להעביר מידע למשרד הרווחה – השירות לעיוור, במידה וייקבעו לי 90% נכות רפואית בגין ליקוי ראייה.

כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

أنا الموقع أدناه مقدم طلب الخدمات الخاصة، أصرح بهذا، أنّ جميع التفاصيل التي قدّمت ضمن هذا الطلب وملاحقه صحيحة وكاملة. أعلم أنّ تزويد تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات تعتبر مخالفة للقانون، وأنّ الشخص الذي يقوم، بالعلم أو الاحتيال، للمصادقة على دفع المخصّصات وفق هذا القانون، أو زيادتها عن طريق إخفاء تفاصيل ذات أهمية، سيعاقب بدفع غرامة أو بالسجن.

أعلم أنّ أيّ تغيير في أحد تفاصيل هذا الطلب أو ملاحقه قد يؤثر على استحقاقي للمخصّصات أو على تراكم دين، لهذا ألتزم بالتبليغ عن أي تغيير خلال 30 يوم.

إذا لزم الأمر، أوافق على أن يتم فحصي من جديد بشأن نسبة العجز الطبي. أعلم، بأن هذا الفحص قد يؤدي الى تغيير بنسبة العجز وقد يؤثر على استحقاقي لمخصّصات العجز ومخصّصات الخدمات الخاصة (يشمل تخفيضها).

أوافق على نقل معلومات لوزارة الشؤون الاجتماعية – خدمة الكفيف في حالة حدّدت لي نسبة 90% عجز طبي بسبب أعاقة بصرية. كما وألتزم بإبلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أي سفر إلى خارج البلاد لفترة تتعدى ثلاثة أشهر.

חתימת התובע / מקבל הגמלה או מגיש התביעה\*

توقيع مقدّم الطلب / متلقي المخصّصات

תאריך

تاريخ





**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
שירותים מיוחדים  
**مؤسسة التأمين الوطني**  
إدارة المخصصات  
الخدمات الخاصة

### חותמת קבלה

כתב ויתור סודיות רפואית

**שם הגמלה: נכות- שר"מ**

تصريح بالتنازل عن السرية الطبية

اسم المخصصات: خدمات خاصة

**פרטים אישיים**

**التفاصيل الشخصية**

<p><b>תאריך תביעה</b> تاريخ تقديم الطلب</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>שנה سنة</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>חודש شهر</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>יום يوم</p> </div> </div>	<p><b>מספר זהות/דרכון</b> رقم الهوية / جواز السفر</p>	<p><b>קוד גמלה</b> رمز المخصصات</p> <p style="font-size: 24px; text-align: center;">33</p>
<p><b>שם פרטי</b> الاسم الشخصي</p>	<p><b>שם משפחה</b> اسم العائلة</p>	

**חבר בקופת חולים**  
عضو في صندوق المرضى

- כללית
  - מאוחדת
  - מכבי
  - לאומית
  - אחר
- כללית    
  متوحيديت    
  مكابي    
  لتوميت    
  آخر

**הצהרה**  
تصريح

אני הח"מ, שפרט"י 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, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

أنا الموقع أدناه, المذكورة تفاصيلي أعلاه في هذا الطلب, أتنازل عن السرية الطبية وأطلب بهذا تزويد مؤسسة التأمين الوطني أو من يمثلها, بكل المعلومات عن مرضي, حالتي الصحية, العلاج الذي أتلّقه, نتائجه, أي ترتيب حول إطار خارج المنزل, أي معلومة كانت, كل مستند طبي أو تأهيلي أو نفسي عني شخصيا.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח \*  
تاريخ \_\_\_\_\_ توقيع مقدم الطلب