



תביעה לקצבת שירותים מיוחדים למקבל קצבת נכות ותביעה לגמלה מיוחדת לעולה חדש

طلب لتلقي مخصصات خدمات خاصة لمن يتقاضى مخصصات عجز وطلب مخصصات خاصة للقادم الجديد

חובה לצרף לטופס זה יגב إرفاق ما يلي

אישורים רפואיים עדכניים על המצב הרפואי.
תקציר טיבית חדשה על מצב הבריאות.

לידיעתך لعلمك

קצבת שירותים מיוחדים ניתנת לנכה שנקבעה לו דרגת נכות רפואית של 60% לפחות והוא מקבל קצבת נכות, ובנוסף הוא זקוק לעזרה רבה מאדם אחר באכילה, הלבשה, רחצה והגינה אישית.

תדפיס מخصصות الخدمات الخاصة لمن حدد لهم عجز طبي بنسبة 60% على الأقل ويتلقى أيضا مخصصات عجز, بالإضافة الى كونه بحاجة لمساعدة كبيرة في الأكل, الشرب, الاستحمام والنظافة الشخصية من شخص آخر.

מי שמקבל קצבת נידות בשיעור של 100% ונקבע שהוא זקוק לכסא גלגלים, יכול בתנאים מסוימים לקבל בנוסף גמלה לשירותים מיוחדים.
يستطيع من تم الاعتراف به كمحدود التنقل بنسبة 100% أو بحاجة لكروسي مقعدين, بشروط معينة, أن يتلقى مخصصات خدمات خاصة.

על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 6 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
وفقا للقانون, يتم الموافقة على الطلب بأثر رجعي لفترة أقصاها 6 أشهر.

כיצד יש להגיש את התביעה كيفية تقديم الطلب

את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.
لشאלות وبيروרים יש לפנות לטלפון 6050* או 04-8812345.
تستطيع إرسال الطلب أو إحضاره لفرع التأمين الوطني القريب من مكان سكنك.
لأسئلة والاستفسار عليك التوجه لهاتف رقم 6050* أو 04-8812345.

לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.
يمكنك الاستعانة بموقع التأمين الوطني بالإنترنت للحصول على معلومات إضافية www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה التوقيع على نموذج الطلب إلزامي



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
مؤسسة التأمين الوطني
إدارة المخصصات

תביעה לקצבת שירותים מיוחדים
למקבל קצבת נכות
ותביעה לגמלה מיוחדת לעולה
חדש
طلب لتلقي مخصصات خدمات خاصة
لمن يتقاضى مخصصات عجز
وطلب مخصصات خاصة للقادم الجديد

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון
סוג המסמך
דפים

עמוד 1 מתוך 7

- תביעה לקצבת שירותים מיוחדים למקבלי קצבת נכות
طلب لتلقي مخصصات خدمات خاصة لمن يتقاضى مخصصات عجز
- תביעה לגמלה מיוחדת לעולה
طلب مخصصات خاصة للقادم الجديد

פרטי התובע
تفاصيل مقدم الطلب

1

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية ס"ב
מין الجنس	האם שוהה בישראל هل تمكث في اسرائيل	תאריך לידה تاريخ الميلاد
<input type="checkbox"/> זכר ذكر	<input type="checkbox"/> כן نعم	שנה سنة
<input type="checkbox"/> נקבה أنثى	<input type="checkbox"/> לא كلا	חודש شهر
<input type="checkbox"/> יום يوم		
מצב משפחתי: الحالة الاجتماعية:		
<input type="checkbox"/> רווקה أعزب/عزباء <input type="checkbox"/> אלמנה أرملة <input type="checkbox"/> נשואה متزوج <input type="checkbox"/> פרודה منفصلة <input type="checkbox"/> גרושה مطلق <input type="checkbox"/> ידועה בציבור معروفة لدى الجمهور		
גר במשק הבית עם: أسكن في بيت مع:		
<input type="checkbox"/> בן הזוג زوج <input type="checkbox"/> הורה والدة <input type="checkbox"/> ילדים מתחת לגיל 18 ولد/أولاد دون سن ال 18 <input type="checkbox"/> ילדים מעל לגיל 18 ولد/أولاد فوق سن ال 18 <input type="checkbox"/> אחר, פרט: آخر, فصل:		
כתובת (הרשומה במשרד הפנים) العنوان (كما هو مسجل في وزارة الداخلية)		
רחוב / תא דואר شارع / صندوق بريد	מס' בית رقم المنزل	כניסה المنخل
דירה الشقة	יישוב البلدة	מיקוד رقم المنطقة
טלפון קווי رقم الهاتف	טלפון נייד الهاتف الخليوي	דואר אלקטרוני بريد إلكتروني
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS أوافق على استلام رسائل نصية		

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה) العنوان البريدي (إذا كان مختلفا عن العنوان المسجل في وزارة الداخلية)					
מיקוד رقم المنطقة	יישוב البلدة	דירה الشقة	כניסה المدخل	מס' בית رقم المنزل	רחוב / תא דואר شارع / صندوق بريد
גר אצל: أسكن لدى:					
האם אתה שווה עכשיו או שהית בשנה החולפת במוסד? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם המוסד _____					

2

פרטים על תלות בזולת ופרטים אחרים
تفاصيل عن الاعتماد على الغير وتفاصيل أخرى

1. פרט פעולות יום – יום (כגון אכילה, רחצה, ניקיון אישי וכד') שלביצוען אתה תלוי בעזרת אחרים
فصل ما هي المهام اليومية (مثل الأكل, الاستحمام, النظافة الشخصية وما شابه) التي تحتاج مساعدة الآخرين لتنفيذها

2. ציין במי אתה נעזר בביצוע הפעולות הנ"ל(בן משפחה, עזרה בתשלום וכד')
سجل من يساعدك بالقيام بالمهام اليومية التي ذكرتها أعلاه (قريب, مساعدة مقابل دفع وما شابه)

3. פרט את אביזרי העזר בהם הינך משתמש (כסא גלגלים, קטטר וכד')
سجل أدوات المساعدة التي تستخدمها (كرسي عجلات, قسطرة وما شابه)

4. מיהם הגורמים שטיפלו בך בשנה החולפת? (סמן x במקום המתאים):
ما هي الجهات التي قامت بمعالجتك في السنة الماضية؟ (أشرب x في المكان المناسب)

- קופת חולים (ציין שם הקופה) _____
صندوق المرضى (سجل اسم الصندوق)
- הלשכה לשירותים חברתיים (סעד): _____
مكتب الخدمات الاجتماعية:
- לשכת הבריאות _____
مكتب الصحة
- התחנה לבריאות הנפש _____
محطة الصحة النفسية

5. האם אושפזת בשנה החולפת?
هل مكثت في المستشفى خلال السنة الماضية؟

לא כן, אושפזתי בבית - חולים / מוסד: _____
كلا نعم, مكثت في مستشفى / مؤسسة:

שנה	חודש	יום
سنة	شهر	يوم

ועד לתאריך
حتى تاريخ


שנה	חודש	יום
سنة	شهر	يوم

מתאריך
من تاريخ

פרטים על תביעה לפיצויי נזיקין מצד שלישי
تفاصيل عن دعوى التعويضات نتيجة أضرار من قبل طرف ثالث

האם נכותך נגרמה מתאונה? ("תאונה" = תאונת דרכים או אחרת הנגרמת עקב רשלנות הזולת, תקיפה וכד')
 هل حصل العجز نتيجة حادث؟ ("حادث" = حادث طرق أو أي حادث آخر قد حصل نتيجة إهمال من الآخرين, اعتداء وما شابه)

לא (עבור לסעיף 4) כן. השלם את הפרטים בסעיף זה.
 كلا (يعود للبند 4) نعم. أكل التفاصيل في هذا البند.

<p>מקום אירוע התאונה מکان وقوع الحادث</p>	<p>תאריך התאונה تاريخ الحادث</p>  <p>יום חודש שנה يوم شهر سنة</p>	<p>סוג התאונה نوع الحادث</p> <p><input type="checkbox"/> תאונת דרכים <input type="checkbox"/> תאונה אחרת حادث طرق حادث آخر</p>
---	--	--

האם נמסרה הודעה למשטרה? לא כן, לתחנת במשטרה ב- _____, מספר תיק _____
 هل تم تبليغ الشرطة؟ كلا نعم, لمحطة الشرطة في _____, رقم الملف _____

האם הגשת או הינך עומד להגיש תביעה לפיצויי נזיקין?

هل قدمت أو تنوي تقديم دعوى تعويضات نتيجة أضرار؟

לא כן, הנתבע הוא _____ תאריך הגשת התביעה _____
 كلا نعم, المدعى عليه تاريخ تقديم الدعوى _____

שם עורך הדין המייצג אותך התביעה

اسم المحامي الذي يمثلك في هذه القضية

מענו _____ מס' טלפון _____
 عنوانه رقم الهاتف _____

האם קיבלת פיצויי נזיקין בגין התאונה? טרם קיבלתי קיבלתי פיצויים מ- _____ בתאריך _____
 هل تلقيت تعويضات عن الأضرار الناتجة من الحادث؟ لم أتلقى بعد تلقيت تعويضات من- _____ في تاريخ _____

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 ביודעין 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, כולל הפסקת טיפול בדיאליזה בעקבות השתלה, 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 לצורך בדיקת זכאותי לשירותים מיוחדים, יהיה עלי להיבדק מחדש לעניין אחוזי נכותי הרפואיים, וכי אלה עשויים להשתנות (לרבות הפחתתם) בעקבות בדיקה זו ולהשפיע על דרגת אי הכושר שנקבעה. 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.

أنا الموقع أدناه مقدم طلب الخدمات الخاصة, أصرح بهذا, أن جميع التفاصيل التي قدمت ضمن هذا الطلب وملاحقه صحيحة وكاملة. أعلم أن تزويد تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات تعتبر مخالفة للقانون, وأن الشخص الذي يقوم, بالعلم أو الاحتيال, للمصادقة على دفع المخصصات وفق هذا القانون, أو زيادتها عن طريق إخفاء تفاصيل ذات أهمية, سيعاقب بدفع غرامة أو بالسجن. أعلم أن أي تغيير في أحد تفاصيل هذا الطلب أو ملاحقه, يشمل توقف علاج غسيل الكلى نتيجة زراعة, قد يؤثر على استحقاقى للمخصصات أو على تراكم دين, لهذا ألتزم بالتبليغ عن أي تغيير خلال 30 يوم. كما وألتزم بإبلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أي سفر إلى خارج البلاد لفترة تتعدى ثلاثة أشهر. أعلم أنه يجب فحصي من جديد بشأن نسبة العجز الطبي من أجل فحص استحقاقى لمخصصات الخدمات الخاصة, كما وأعلم بأن هذا الفحص قد يؤدي الى تغيير بنسبة العجز الطبي (يشمل تخفيضها) كما وسيؤثر على نسبة القدرة على العمل التي حددت سابقا. 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 كاملا أو جزئيا. كما ويجوز للبنك تزويد المؤسسة بتفاصيل الأشخاص الذين قاموا بسحب الأموال.

חתימת התובע/מקבל הקצבה או מגיש התביעה ✕
תوقيع مقدم الطلب / متلقي المخصصات

תאריך
תاريخ

חתום גם על שלושה טפסי ויתור סודיות
وقع على طلبات التنازل عن السرية الثلاث

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי
تنازل عن السرية الطبية مؤسسة التأمين الوطني

לכבוד
 لحضرة

_____ סניף _____ תאריך _____
 فرع تاريخ
 אני _____ הח"מ, בעל מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____
 أنا الموقع أدناه, صاحب رقم هوية: _____ عضو صندوق المرضى

הגר ב _____
 أسكن في _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.
 أطلب بهذا تزويد مؤسسة التأمين الوطني أو من يمثلها بجميع المعلومات الطبية المتعلقة بمرضِي, حالتي الصحية, العلاج المعطى, نتائجه, أي معلومات أخرى تطلب من قبلهم وكل مستند طبي خاص بي.

שם הרופא המטפל _____ חתימה * _____
 اسم الطبيب المعالج توقيع

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי
تنازل عن السرية الطبية مؤسسة التأمين الوطني

לכבוד
 لحضرة

_____ סניף _____ תאריך _____
 فرع تاريخ
 אני _____ הח"מ, בעל מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____
 أنا الموقع أدناه, صاحب رقم هوية: _____ عضو صندوق المرضى

הגר ב _____
 أسكن في _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.
 أطلب بهذا تزويد مؤسسة التأمين الوطني أو من يمثلها بجميع المعلومات الطبية المتعلقة بمرضِي, حالتي الصحية, العلاج المعطى, نتائجه, أي معلومات أخرى تطلب من قبلهم وكل مستند طبي خاص بي.

שם הרופא המטפל _____ חתימה * _____
 اسم الطبيب المعالج توقيع

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

تنازل عن السرية الطبية مؤسسة التأمين الوطني

לכבוד
לحضرة

_____ סניף _____ תאריך _____

_____ פּרע _____ תאריך

_____ אני ה"מ, בעל מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____

_____ أنا الموقع أدناه, صاحب رقم هوية: _____ عضو صندوق المرضى

_____ הגר ב _____

أسكن في

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.
أطلب بهذا تزويد مؤسسة التأمين الوطني أو من يمثلها بجميع المعلومات الطبية المتعلقة بمرضِي, حالتي الصحية, العلاج المعطى, نتائجه, أي معلومات أخرى تطلب من قبلهم وكل مستند طبي خاص بي.

_____ שם הרופא המטפל _____ חתימה ✕ _____

_____ اسم الطبيب المعالج _____ توقيع

אישור קבלת תביעה לקצבת שירותים מיוחדים (למילוי פנימי בלבד)

לכבוד

_____ סניף _____ תאריך _____

קידומת ב"ל				מספר זהות				גמלה	

הריני לאשר בזאת שקיבלנו את תביעתך לקצבת שירותים מיוחדים. הרינו להביא לידיעתך כי הטיפול בתביעה הוא מורכב וממושך ואנו מבקשים שיתוף פעולה מצידך. לתשומת ליבך – עליך להודיענו מיד ובכתב על כל שינוי שיחול לגבי הפרטים שמסרת עליהם בטופס התביעה.

בכבוד רב, _____ תאריך _____

פקיד תביעות