



## בקשה של בן משפחה של נפגע בפעולות איבה לקבלת החזר עבור טיפולים נפשיים

טופס זה מיועד ל**בן משפחה של נפגע בפעולות איבה** המוכר בעקבות פוסט טראומה, פגיעה נפשית או פגיעת ראש, המבקשים לקבל החזרים עבור טיפולים נפשיים.

ניתן להגיש בקשות להחזר כספי עבור טיפולים שבוצעו ב-12 החודשים שקדמו ליום הגשת הבקשה. לכל בן משפחה, יש להגיש בקשה בנפרד.

### לידיעתך

- ☞ החזר ההוצאות ישולם עבור טיפול נפשי שניתן על ידי מי שמשרד הבריאות או משרד הרווחה הסמיכו למתן טיפול נפשי כגון: פסיכיאטר, פסיכולוג, עובד סוציאלי, מטפל באמצעות אומנויות.
- ☞ חלק מהטיפולים דורשים אישור מראש של עובדת השיקום בסניף המטפל בכם.
- ☞ לקבלת החזרים עליכם לצרף קבלות על הטיפולים עליהן יצוין:
  - שם מלא של המטפל
  - מספר תעודת זהות
  - תאריכי הטיפול
  - פרטי המטפל
  - מספר עוסק מורשה/ פטור/ ח.פ.
  - ההשתתפות בעלות שעת טיפול הינה עד 384 ש"ח (כולל מע"מ).

### תוכלו לקבל החזרים עבור טיפולים אלה

#### ☞ ילדים

- טיפול נפשי או טיפול באומנות לילדים בגילאי 7 עד 30 שנה שהם ילדיו הביולוגיים או המאומצים של הנכה או ילדים שהוא מכלכל אותם, שאינם יכולים לכלכל את עצמם (מותנה באישור של עובדת שיקום)

#### ☞ בן/בת זוג, הורה/הורים

- טיפול נפשי פרטני או טיפול זוגי או טיפול משפחתי לבן/ בת הזוג של הנכה או להוריו.

#### ☞ אח, אחות או מי שתומך בנכה

- אם אין לנכה בן/ בת זוג או הורים- תיבדק זכאות להחזר כספי עבור טיפול נפשי לאח/אחות שתומכים בנכה או למי שתומך בנכה ג אם אינו קרוב משפחה ( מותנה באישור של עובדת שיקום)

לתשומת ליבך, לא תתאפשר שליחת הבקשות ללא צירוף המסמכים המתאימים.



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
אגף שיקום

חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

מס' זהות / דרכון	
סוג	דפים
המסמך	
0   0	

בקשה של בן משפחה של נפגע בפעולות איבה לקבלת החזר עבור טיפולים נפשיים

1 פרטי הנכה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ס

2 סוג הבקשה

החזר כספי לטיפול נפשי לילד/ילדה בגילאי 7 עד 30  
 החזר כספי לטיפול נפשי לילד/ילדה בגילאי 7 עד 30 שאינו ילד ביולוגי או מאומץ\*  
 החזר כספי לטיפול נפשי לבן/בת זוג  
 החזר כספי לטיפול נפשי הורה  
 החזר כספי לטיפול נפשי לאחר\*\*

\* - ילד שאינו מסוגל לכלכל את עצמו והנכה מכלכל אותו (מותנה באישור של עובדת שיקום).  
 \*\* - אם אין בן/בת זוג או הורים ניתן לבחון אפשרות לתשלום לאח/ אחות/ אדם אחר הקרוב לנכה (גם אם אינו בן משפחה ביולוגי) הנמצא עמו בקשר הדוק.

3 פרטי מקבל השירות

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ס
פרטי ההתקשרות של מקבל השירות (במקרה של קטין יש לציין את פרטי ההתקשרות של ההורה/ האפוטרופוס לפי דין)		
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ס
טלפון	דואר אלקטרוני	
	@	

4 פרטי חשבון בנק - (במקרה של קטין יש לציין חשבון בנק של ההורה/ האפוטרופוס לפי דין)

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר לביטוח הלאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם ביטוח לאומי יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור לביטוח לאומי את פרטי מושכי התשלומים.  
 תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_

הריני מצהיר כי:

- לא קיבלתי עבור הוצאה זו, תשלום או החזר כספי מכל גורם אחר הנקנה זכאות למטרה זו ואין בכוונתי לפנות לקבלת תשלום או החזר כספי מגורם אחר.
  - ידוע לי כי במידה ואקבל תשלום או החזר כספי מגורם אחר עבור אותה מטרה, יהיה עלי להחזיר את הסיוע במלואו או בחלקו לביטוח לאומי, לרבות בדרך של קיזוז מהתגמול החודשי, בהתאם לתחשוב שיבוצע עבורי.
  - ידוע לי שהפרטים בבקשה המצורפת הינם נכונים ומלאים ושמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הם עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן תשלום לפי חוק זה או להגדלתו על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי כי כל פעולה או התחייבות שתיעשה על ידי לעניין הבקשה בטרם אישורה הינה על אחריותי בלבד ושאם תאושר בקשתי עלי להשתמש בכספים שאקבל אך ורק למטרה שפורטה.
- אני מאשר כי אני מקבל עלי את כל ההתחייבויות הקשורות בקבלת הסכום.

תאריך \_\_\_\_\_ שם מלא \_\_\_\_\_ חתימת המבקש \* \_\_\_\_\_