



מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
--	--------------------------------------	------------

מחלקה ראשונה
הסכמה להעברת תביעה
לקצבת ילד נכה באמצעות:

☐ תביעה ראשונה
 ☐ החמרה

☐ בית חולים _____
☐ התפתחות הילד קופ"ח _____ מחוז _____

לידיעתך: חתימתך על הסכמה זו תאפשר לביטוח לאומי לקבוע זכאות מבלי להזמין לבדיקה רפואית ובמסלול טיפול מהיר

1

פרטי הילד

שם פרטי	שם פרטי	מספר זהות

2

פרטי מגיש התביעה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		_____ @ _____
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:		
שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי, יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.		
קרבה אל הילד: ☐ הורה ☐ אח/אחות ☐ סב/סבתא ☐ אפוטרופוס (יש לצרף צו אפוטרופוס) ☐ אחר _____		
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה במשרד הפנים)		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	ישוב	מיקוד

פרטי חשבון בנק- במידה ומבקשים להעביר תשלום הקצבה לחשבון שונה מהחשבון אליו מועברת קצבת הילדים- יש למלא סעיף זה

שמות בעלי החשבון			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אני השותף לחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור הילד שבגינו מוגשת התביעה.

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 כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

תאריך _____ חתימת מקבל הגמלה * _____ חתימה/חתימות השותפים לחשבון _____

הצהרה

אני _____ הח"מ, מספר זהות _____ מבקש בזה למסור לביטוח הלאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלת הילד _____ ת.ז. _____, מצבו הרפואי, הטיפול שניתן לו, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיו.

אני הח"מ מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

אני מסכים לוועדה בווידאו צ'אט ☐ כן ☐ לא.

☐ אני מבקש שתעבירו מידע על אודותיי לגורמים נותני הטבות לצורך בחינת זכאותי להטבות. ידוע לי כי הביטוח הלאומי לא יישא באחריות ישירה או עקיפה בגין העברת המידע ו/או השימוש בו על ידי הגורמים הרלוונטיים.

תאריך _____ חתימת התובע / מקבל הגמלה או מגיש התביעה* _____