



תביעה לגמלה לילד/ה נכה

הגשת תביעה לילד נכה

כדי ליעל את הטיפול בתביעתך, יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף את המסמכים הבאים:

- מסמכים רפואיים עדכניים על המצב הרפואי והתפקודי של הילד, כולל סיכומי מחלה מהשנה האחרונה, שבהם פירוט של הטיפולים הרפואיים.
- מסמכים נוספים בהתאם לליקוי או המחלה שממנה סובל הילד.
- אישור לימודים שימלא המוסד החינוכי (מעון יום, גן הילדים או בית הספר) ויחתום עליו - ראה נספח אישור על לימודים.

לידיעתך

- לאחר הגשת התביעה, במידת הצורך, יזומנו ההורים והילד לבדיקה בוועדה רפואית.
- באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא תשלום במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.
- על פי החוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה. ולכן אנו ממליצים להגיש מסמכים רפואיים מהשנה האחרונה.
- **אם אתה מיוצג ע"י עורך דין**, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או **אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס**, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

כיצד יש להגיש את התביעה

- **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.

- לשאלות ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה
תביעת גמלה לילד נכה

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

1

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
תאריך לידה		תאריך עלייה		קופת החולים שבה מבוטח הילד	
שנה חודש יום		שנה חודש יום		כתובת	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
				דירה	
				יישוב	
				מיקוד	
האם הילד שווה עכשיו או שהה בעבר במוסד / במשפחה אומנת / בפנימייה? ☐ לא ☐ כן במוסד / בפנימייה כתובת: _____ במשפחה אומנת כתובת: _____ שהה מתאריך _____ עד תאריך _____ ומתאריך _____ עד תאריך _____ עדיין שווה ☐					
האם הילד מיועד להיכנס למעון שיקומי? ☐ לא ☐ כן					

2

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	

קרבה אל הילד: ☐ הורה ☐ אח/אחות ☐ סב/סבתא ☐ אפטרופוס (יש לצרף צו אפטרופסות) ☐ אחר _____

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן
הגוף המייצג או המסייע: ☐ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר _____

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות **מערכת מייצגים בגמלאות** באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או **אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס,** יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע		כתובת		טלפון	

כתובת מגורים/מען למכתבים: ☐ עם הילד ☐ אחר, פרט:

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

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 ס"ב

☐ 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.

פרטים על ילדים שבגינם משולמת קצבת ילד נכה

מספר זהות	שם הילד	מספר זהות	שם הילד
		4	
		5	
		6	

מסמכים נדרשים	פרטי הליקוי הרפואי / המחלה
☐ אבחון רפואי מפסיכיאטר ילדים ונוער או מנירולוג או מרופא התפתחותי ☐ אבחון פסיכולוגי מפסיכולוג התפתחותי/קליני/ שיקומי/ חינוכי ובו שימוש במבחן פסיכולוגי מותאם לגיל הילד ☐ דוח המפרט את הכלי שבו בוצע האבחון (GARS,CARS,ADOS,PODIT,ADI,DSM-IV) ☐ טופס אישור לימודים	ספקטרום אוטיסטי
☐ מידע מרופא אנדוקרינולוג או מומחה לטיפול בסכרת המטפל במחלקה בבית החולים ☐ אם הילד אושפז, יש לצרף מסמך סיכום אשפוז	סכרת נעורים
☐ אודיגרמה – בדיקת שמיעה מעודכנת בהולכת אוויר ללא מכשירי שמיעה וטימפנוגרם אם נדרש	ליקוי שמיעה / חירשות
☐ סיכום מידע רפואי מנירולוג או מרופא מטפל על סוג המחלה ומצב האיזון שלה, סוג ההתקפים ותדירותם ומידע על הטיפול הרפואי ☐ אם הילד אושפז, יש לצרף מסמך סיכום מחלה	אפילפסיה
☐ בדיקת ראייה מעודכנת מרופא עיניים מטפל לחדות ראייה בכל עין עם אמצעי עזר ☐ בדיקת ראייה מעודכנת מרופא עיניים מטפל לשדה ראייה בכל עין עם אמצעי עזר ☐ תעודת עיוור ממשרד הרווחה – השירות לעיוור	ליקוי ראייה /עיוורון
☐ דוח התפתחותי / רפואי מעודכן ☐ מסמך מעודכן על הטיפולים הפרא רפואיים (קלינאי תקשורת, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וכדומה) ☐ אבחון מרופא התפתחותי ופסיכולוג מהמכון להתפתחות הילד, ובו פירוט רמת העיכוב (DQ) כולל הכלי בו נעשה השימוש (ג'יזל, מולן, ביילי, גרפיתס ודומיהם)	עיכוב התפתחותי
☐ דוח התפתחותי / רפואי מעודכן ☐ מסמך מעודכן על טיפולים פרא רפואיים (קלינאי תקשורת, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וכדומה) ☐ טופס קלינאית תקשורת - ב"ל 3506.	סיוע בתקשורת
☐ מסמך רפואי ממומחה לאלרגיות על ההיסטוריה הרפואית, תכנית הטיפול והצורך במזרק אפינן. ☐ תוצאות מעודכנות, המעידות על רגישות יתר ניכרת (בדיקות עזר לאבחנת רגישות יתר מסוג תבחין עורי, מבחן תגר) ☐ תיעוד לתגובה אלרגית כולל מרכיב נשימתי או שוק אנפילקטי.	אלרגיות
☐ דו"ח מהמכון להתפתחות הילד עם סיווג הרמה התפקודית לפי מבחן gmfc+macs ☐ מסמך רפואי מנירולוג.	שיתוק מוחין/ CP
☐ מסמך רפואי מרופא מומחה באורתופדיה ילדים, שיקום ילדים, ניורולוג ילדים, רופא התפתחותי. ☐ מסמך ממרפאות מקצועיות (ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, טיפול רגשי, התפתחות הילד) – מומלץ עם פירוט הערכה סטנדרטית של הגף המעורב ☐ מסמך רפואי מעודכן על אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון ההיסטוריה הרפואית, סוג הטיפול שניתן, ותדירותו. ☐ דוח על מעקב במרפאות מומחים – פירוט תכנית הטיפולים בהמשך ☐ מסמך רפואי מנירולוג (רק למי שסובל מליקוי בשתי גפיים)	☐ היעדר גף אחד ☐ חוסר תפקוד מלא בגף אחד ☐ העדר 2 גפיים ☐ ליקוי בשתי גפיים

תלונות רפואיות	
פרטי הליקוי הרפואי / המחלה	מסמכים נדרשים
☐ טיפול רפואי ☐ דיאליזה ☐ צנתור ☐ עירוי דם ☐ הזנה/ האכלה ☐ חמצן ☐ ציטוטוקסיה ☐ אחר _____	☐ מסמך רפואי מעודכן על אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון ההיסטוריה הרפואית, סוג הטיפול שניתן, ותדירותו. ☐ דוח על מעקב במרפאות מומחים – פירוט תכנית הטיפולים בהמשך
☐ מתמודד נפש	☐ מסמך ממרפאה ופסיכיאטר מטפל, כולל תכנית טיפול
מחלה/תסמונת ☐ תסמונת דאון ☐ דחף בלתי נשלט לאכילה ☐ שברים ☐ פתולוגים ☐ דלקות כרוניות ☐ מחלה ממארת ☐ אחר _____	☐ מסמך רפואי מעודכן על אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון סוג הטיפול שניתן, ותדירותו ☐ דוח על מעקב במרפאות מומחים
☐ מוגבלות שכלית	☐ אבחון של האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית במשרד הרווחה ☐ אישור של ועדת השמה על הצורך בלימודים במסגרת מיוחדת
ADHD-הפרעות קשב, ריכוז והיפראקטיביות קשה	☐ אבחון ADHD ע"י מומחה בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר או מומחה בנוירולוגיה והתפתחות הילד או רופא ילדים או משפחה שמרשה ע"י משרד הבריאות לאבחון ADHD. ☐ טופס ועדת זכאות ואפיון של משרד החינוך – במידה והתקיימה. ☐ דוח חינוכי חתום ע"י גננת, מורה או מנהל המוסד, בציון תפקוד לימודי, חברתי ובעיות בהתנהגות. ☐ אבחון פסיכולוגי – אם נעשה. ☐ אבחון ממוחשב של הפרעות קשב"ב – במידה ונעשה.
מונשם	☐ אבחון מרופא מטפל הכולל אינדיקציה להנשמה, פירוט סוג המכונה ותאריך התחלת הנשמה קבועה
פגיעה מינית	☐ מסמך מרופא/פסיכולוג/פסיכיאטר מטפל עדכני עם פירוט הטיפול הניתן בו. ☐ דו"ח חינוכי עדכני מהמסגרת החינוכית המיוחדת בה הילד מתחנך
תלונות רפואיות	

5

פרטים על פגיעה כתוצאה מתאונה ותביעה נגד צד שלישי

האם נכות הילד נגרמה כולה או חלקה כתוצאה מתאונת דרכים?

כן, תאריך התאונה _____ - חובה לענות על שאלה זו ☐ לא ☐

האם נכות הילד כולה או חלקה נגרמה כתוצאה מאירוע תאונתי אחר (רשלנות, נפילה בדרך מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר וכד')?

☐ לא ☐ כן, פרט _____ - חובה לענות על שאלה זו.

מקום אירוע התאונה ונסיבותיה: _____

נמסרה הודעה למשטרה?

☐ לא ☐ כן, לתחנת המשטרה ב _____ בתאריך _____ מס' התיק _____

האם הוגשה או עומדים להגיש תביעה לפיצויי נזיקין? ☐ לא ☐ כן, פרט _____

שם משפחה ושם פרטי של הנתבע _____ תאריך הגשת התביעה _____

פרטי עו"ד המייצג את הילד בתביעה (שם ושם המשדר) _____

רחוב / תא דואר	מס' בית	דירה	כניסה	ישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
		@ _____

6

הסכמה לקביעה בידי רופא ללא נוכחות. נא לחתום למטה אם אתה מעוניין שהנכות הרפואית תיקבע לפי מסמכים בלבד

אני מסכים בזה שרופא יקבע את הליקויים הרפואיים של הילד לפי מסמכים בלבד, ובלי לזמן את ילדי לבדיקה רפואית. ידוע לי, שלמרות הסכמתי זו יהיה על הילד להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

לתשומת לבכם: אם ילדכם ייבדק באמצעות מסמכים וללא נוכחותו, לא ניתן יהיה לבדוק אותו לעניין "תלות לחלוטין" (בדיקה פיזית הבוחנת את מידת התלות בעזרת הזולת, בביצוע פעולות יומיום) (אכילה, ניידות בתוך הבית, הלבשה, רחצה, היגיינה אישית)). מי שנקבע לו כי הוא תלוי לחלוטין בעזרת הזולת בביצוע פעולות היומיום, זכאי לקצבה בשיעור 188%.

חתימת התובע *

פרטי חשבון הבנק של התובע/ת

7

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

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 להחתימים 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

8

אני החתום מטה 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 הביטוח הלאומי מעביר מידע על מקבלי קצבת ילד נכה לגורמי ממשל, בהתאם לסמכותם בחוק ולצורך מיצוי זכויות. אני מסכים בזאת להעביר מידע למשרד הרווחה – השירות לעיוור – במידה וייקבע ליקוי ראייה.

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 בוודא 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 מגיש התביעה ☐

		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
--	--	--	---

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה



אישור על לימודים

טופס זה ימלא הגורם החינוכי ויחתום עליו בעבור ילדים מגיל 3 ומעלה שימו לב, יש למלא את הטופס לשנת הלימודים הנוכחית.

פרטי הילד

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ס
----------	---------	------------------

שם המסגרת החינוכית	☐ בתנאי פנימייה ☐ לא בתנאי פנימייה
כתובת המסגרת החינוכית	מס' טלפון: _____
הילד נמצא במסגרת חינוך	☐ רגיל ☐ מיוחד
החל את הלימודים בתאריך	תאריך סיום לימודים (משוער) _____
מס' ימי לימוד בשבוע	מס' שעות לימוד ביום _____

סידורי הסעה למסגרת החינוכית

הילד מגיע למקום הלימודים:
☐ ברגל ☐ ברכב המשפחה ☐ בתחבורה ציבורית ☐ בהסעה מאורגנת ☐ אחר _____
האם נדרש ליווי למסגרת החינוכית: ☐ לא ☐ כן, פרט את העזרה הנדרשת, סיבתה ומי מלווה _____

סידורי אכילה ושתייה

האם מוגשת ארוחה לתלמידים?	☐ כן ☐ לא
האם הילד אוכל ושותה בכוחות עצמו?	☐ כן ☐ לא
הערות:	_____

היגיינה אישית

האם הילד שולט על הפרשותיו (שתן, צואה)?	☐ כן ☐ לא
האם הילד מסתדר בעצמו בשירותים וברחצה של הפנים והידיים?	☐ כן ☐ לא
_____	_____

עצמאות

האם הילד מסוגל להישאר לבדו מספר שעות ביום?	☐ כן ☐ לא, פרט מה הסיבות לכך _____
_____	_____

פרטים על הילד - המשך

התקפים

אופי ההתקף הרפואי ☐ אפילפסיה ☐ אסטמה ☐ אחר פרט _____

האם הילד קיבל במסגרת החינוכית התקפים כלשהם? ☐ לא ☐ כן, מהי תדירות ההתקפים? _____
 מתי היה ההתקף האחרון? _____
 תיאור אופי ההתקף (כולל משך זמן ממוצע להתקף) _____

האם הילד מרגיש, כי ההתקף קרב? ☐ לא ☐ כן, כיצד מתנהג _____
 תאר את התופעות לאחר ההתקף _____

אופי ההתקף הנפשי ☐ חרדה ☐ אחר פרט _____

האם הילד קיבל במסגרת החינוכית התקפים כלשהם? ☐ לא ☐ כן, מהי תדירות ההתקפים? _____
 מתי היה ההתקף האחרון? _____
 תיאור אופי ההתקף (כולל משך זמן ממוצע להתקף) _____

האם הילד מרגיש כי ההתקף קרב? ☐ לא ☐ כן, כיצד מתנהג _____
 תאר את התופעות לאחר ההתקף _____

התנהגות הילד

תאר את התנהגות הילד (קשב וריכוז, באיזו מידה הוא ממושמע, באיזו מידה הוא יודע לקבל גבולות, הקשר עם בני גילו, הקשר עם הסביבה)

הערות נוספות

תאריך _____ שם המוסד החינוכי וחותרת ☒

שם ממלא הטופס ותפקידו ☒ _____

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה



כתב ויתור על סודיות רפואית

שם הגמלה: ילד נכה

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	
30		שנה חודש יום	
שם משפחה	שם פרטי		

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____

הצהרה

אני _____ הח"מ, מספר זהות _____

יחס קרבה לרשום מטה: ☐ הורה ☐ אפוטרופוס ☐ אחר _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלה, למצב הרפואי, לטיפול שניתן, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרשו או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי על אודות המבוטח.

תאריך _____ חתימת מגיש התביעה ✕ _____