

בקשה לבדיקה מחדש למקבל קצבת ילד נכה

1. פרטי הילד

- שם משפחה
- שם פרטי
- מספר תעודת זהות

כתובת הרשומה במשרד הפנים

- רחוב/ תא דואר
- מספר בית
- כניסה
- דירה
- יישוב
- מיקוד

האם הילד שווה עכשיו או שהה בעבר במוסד או במשפחה אומנת או בפנימייה?

בחירה-

■ כן

במוסד/ בפנימייה: _____ כתובת: _____

במשפחה אומנת: _____ כתובת: _____

שהה מתאריך: _____ עד תאריך: _____

ומתאריך: _____ עד תאריך: _____

■ לא

■ עדיין שווה

2. פרטי מגיש התביעה

- שם משפחה
- שם פרטי
- מספר תעודת זהות

קרבה אל הילד

- הורה
- אח/אחות
- סב/סבתא

- אפטרופוס – יש לצרף צו אפטרופסות.
- אחר, פרט: _____

כתובת מגורים/ מען למכתבים ופרטי התקשרות

- עם הילד
- אחר, פרט: _____

- רחוב/ תא דואר
- מספר 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 המשפחה של איש הקשר
- השם הפרטי של איש הקשר
- מספר הזהות של איש הקשר
- אפשרות סימון בקשה לסירוב הודעות מידע אישי- 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.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד.

3. פרטים על מצבו הבריאותי של הילד, יש לצרף מסמכים רפואיים מעודכנים

4. הצהרה

סימון- אני החתום מטה מצהיר 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 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 הזכאות לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי, כי עליי להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

במידת הצורך, אני מסכים לבדוק מחדש את הליקוי הרפואי. ידוע לי, שבדיקה זו יכולה לגרום לשינוי ולהשפיע על הזכאות לקצבת ילד נכה (לרבות הפחתה).

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 בוידאו צ'אט

בחירה-

- כן
- לא

סימון- אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

תאריך _____ חתימת מגיש התביעה _____

כתב ויתור סודיות רפואית שירותים מיוחדים וילד נכה

1. פרטים אישיים

- קוד גמלה 30
- מספר זהות / דרכון
- תאריך תביעה
- שם משפחה
- שם פרטי
- חבר בקופת חולים
 - כללית
 - מאוחדת
 - מכבי
 - לאומית
 - אחר _____

2. הצהרה

אני _____ החתום מטה, מספר זהות _____

- יחס קרבה לרשום מטה
 - הורה
 - אפוטרופוס
 - אחר _____

מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלה, מצב הרפואי, הטיפול שניתן, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודות המבוטח.

תאריך _____ חתימת מגיש התביעה _____