



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נפגעי עבודה
תביעה להכרה כנכה נזקק
לפי תקנה 18 א'

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך		דפים							

שנה	חודש	יום
-----	------	-----

תאריך הפגיעה בעבודה

1

פרטי התובע

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות

ס"ב

2

פרטים על עיסוקי לפני הפגיעה – נא סמן במקום המתאים

שכיר – מקום העבודה _____
מעמד: זמני קבוע
ותק במקום העבודה: _____ . מקצוע _____
הוצעה לי עבודה אחרת ע"י מעבידי: כן לא, ציין את הסיבה _____

הגשתי בקשה לדמי אבטלה לא כן, בתאריך _____

חובה להחתיים את המעביד, במקום העבודה בו נפגעת, על סעיף 4 בטופס זה.

עצמאי העסק בבעלותי שותפות
מצב העסק כיום: סגור הפעילות צומצמה אין שינוי בפעילות העסק
אני מעסיק עובדים: לא כן

ברצוני להוסיף על האמור לעיל: _____

הצהרה

הריני מצהיר בזאת שבתקופה מתאריך _____ עד תאריך _____, לא הייתה לי כל הכנסה מן המקורות שלהלן: הכנסה מהתעסקות, דמי אבטלה ואינני זכאי עבור תקופה זו לכל תשלום מאת מעבידי. ידוע לי, כי מחובתי לעדכן את המוסד לביטוח לאומי מיד עם שובי לעבודה. אני החתום מטה מצהיר בזה 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 בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

תאריך _____ שם _____ חתימה ✕ _____

4

אישור המעסיק למוסד לביטוח לאומי

שם המעסיק _____ מספר תיק ניכויים _____
הריני מאשר כי העובד _____ בעל מס' ת.ז. _____
לא עבד בתקופה מתאריך _____ עד תאריך _____
קבל שכר עבור תקופה זו כן לא
הוצעה לו עבודה אחרת במפעל כן לא, הסיבה _____
הערות: _____

תאריך _____ שם החותם ותפקידו _____ חתימה וחותמת ✕ _____