



בקשה למימוש זכויות בנכות כללית, ובקשה להענקה מטעמי צדק

על מנת לייעל את הטיפול בבקשתך, אנא תצרף לתביעה זו:

- ✍ סיכומי מחלה או כל מסמך רפואי אחר המצוי ברשותך בדבר **מצבך הרפואי**, המפרטים את כל המחלות הכרוניות, הטיפולים והתרופות שהנך נוטל.
- ✍ **אם אתה שכיר:**
 - ✍ תלושי שכר, או אישורים של מעביד על ההכנסות ב- 15 החודשים האחרונים. אם הפסקת לעבוד, יש לצרף אישור מהמעביד.
 - ✍ אם ב-15 החודשים האחרונים קיבלת **דמי מחלה** בעבור תקופות שבהן לא עבדת, או **תשלום כלשהו מחברת ביטוח** עקב מחלה יש לצרף אישור **מהמעסיק** או **מחברת הביטוח**.
- ✍ אם החותם על התביעה אינו מבקש הגמלה עצמו, נא למלא גם את סעיף 4 בטופס התביעה ולצרף ייפוי כוח, צו אפוטרופוס או פסק דין – אם ישנו.
- ✍ לפני הגשת הבקשה - בדוק האם יש מסמכים נוספים (לאלה הרשומים לעיל) שעלייך לצרף, לפי הנחיות בגוף הבקשה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ✍ את טופס הבקשה ניתן לשלוח בדואר, למסור לפקיד קבלת קהל בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך או להכניס לתיבת השירות המוצבת מחוץ לסניף.
- ✍ לשאלות ולבירורים ניתן לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345 (עם קוד סודי).

לידיעתך

- ✍ אם לך ולבן/בת זוגך אין אמצעי מחיה, מוצע לך לבדוק את **זכאותך להבטחת הכנסה**, שכן זמן הטיפול בבקשה לנכות עשוי להמשך עד 90 ימים.
- ✍ אם אתה בעל **מוגבלות ברגליים**, באפשרותך להגיש גם בקשה לבדיקה רפואית לקביעת מוגבלות בניידות.
- ✍ מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס הבקשה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



ז למלא מספר תעודת זהות
המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית

עמוד 1 מתוך 4

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</p> </div> <div style="width: 150px;"> <p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p> </div> </div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">סוג המסמך</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">דפים</p> </div> </div>	

חותמת קבלה

**בקשה למימוש זכויות בנכות
כללית
ובקשה להענקה מטעמי צדק**

פרטי המבקש
1

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב	מצב משפחתי										
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>											

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני																				
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>											<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>											

אני מאשר קבלת הודעות SMS

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה בתעודת הזהות)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

פרטים על עבודה בעבור 15 החודשים האחרונים (יש לרשום את הפרטים ולצרף אישורי שכר)
2

השכלה

לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: _____

עבדתי והפסקתי לעבוד, פרט את הסיבה: _____

אני ממשיך לעבוד

פרטים על העבודה

מס' שעות עבודה ביום או היקף משרה	תקופת עבודה		תפקיד	פרטי מקום העבודה (עבודה היום או עבודה אחרונה)
	עד תאריך	מתאריך		

שם: _____

טלפון: _____

האם ב- 15 החודשים האחרונים קיבלת דמי מחלה בעבור תקופות שבהן לא עבדת, או תשלום כלשהו מחברת ביטוח עקב מחלה?
 לא כן, מהמעסיק (צרף אישור) כן, מחברת ביטוח כן, (צרף אישורים)

האם יש לך או הייתה לך ב-15 החודשים האחרונים הכנסה שלא מעבודה, כמו פנסיה (בישראל או מחו"ל), תמיכה לתלמידי ישיבות, תגמול ממשרד הביטחון, תשלומים מחברת ביטוח, הכנסה הונית, מזונות, הכנסה מרכוש וכד'?
 לא כן, פרט: _____ (צרף אישור)

בז/ 7801 (04.2013)

פרטים על הנכות – סמן את הסעיף בו מתוארת המחלה או התסמינים מהם אתה סובל. אם נבדקת ע"י רופא מומחה בתחום המחלה – נא צרף העתק של חוות הדעת. אם אושפזת בבית חולים בגין המחלה – נא צרף את מכתב השחרור

האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?	האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?	מתאריך (שנה, חודש)	סמן ב- " V " במחלה או התסמינים מהם אתה סובל	
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן		בעיה נפשית (מקבל טיפול)	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן		הפרעות בבלוטת התריס	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן		יתר לחץ דם	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן		ליקוי שכלי	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן		ליקוי שמיעה	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן		ליקויי ראייה ומחלת עיניים	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן		מחלה אורטופדית (גפיים עליונות ותחתונות, גב, צוואר, דלקת פרקים)	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן		מחלות בתחום נוירולוגי (כולל אלצהיימר, פרקינסון, אפילפסיה ואירוע מוחי)	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן		מחלות דרכי עיכול (כולל קיבה ומעיים)	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן		מחלת כבד (כולל צהבת)	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן		מחלת כליות (כולל דיאליזה)	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן		מחלת לב	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן		מחלת עור	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן		מחלת ריאות (כולל אסטמה)	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן		סכרת	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן		סרטן (כולל לימפומה ולוקמיה)	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן		אחר _____	<input type="checkbox"/> 17
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן		אחר _____	<input type="checkbox"/> 18

נא סמן האם עברת אחת או יותר מהבדיקות המפורטות להלן בשנתיים האחרונות (אם כן, נא צרף את תוצאות הבדיקות):

אקו לב EMG CT (טומוגרפיה ממוחשבת) MRI (תהודה מגנטית) תפקוד ראות צנתור אנדוסקופיה

האם נכותך נגרמה מתאונה? (תאונת דרכים, רשלנות, תקיפה וכד') לא כן

האם פנית למשרד הביטחון בשל פגיעה במהלך השירות הצבאי? לא כן, צרף העתק של דוח הוועדה הרפואית

אם טופלת בשנה אחרונה ע"י הלשכה לשירותים חברתיים או התחנה לבריאות הנפש, סמן "V" במקום המתאים וציין את הכתובת/ שם היישוב: _____

הסכמה לקביעת הנכות ע"י הרופא ללא נוכחות

אני מסכים בזאת, שרופא יקבע לי את אחוזי הנכות הרפואית, ע"פ מסמכים בלבד ובלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שאף שנתתי את הסכמתי לכך, ייתכן שיהיה עליי להגיע לבדיקה, אם הרופא ידרוש זאת.

חתימת המבקש X _____

4

אם המבקש עצמו אינו יכול להגיש את הבקשה עקב מצבו הבריאותי, על מגיש הבקשה למלא את הפרטים הבאים:

פרטי המבקש

שם משפחה	שם פרטי	יחס קרבה למבקש	מספר זהות ס"ב
טלפון להתקשרות	<input type="checkbox"/> ייפוי כוח <input type="checkbox"/> צו אפוטרופסות <input type="checkbox"/> פסק דין אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצרף העתק	דואר אלקטרוני	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS

תאריך _____ חתימה _____ x

5

פרטי חשבון הבנק של המבקש

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

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

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הבקשה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל הבקשה.
 אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימתם 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 מבקש הגמלה _____ חתימת/חתימות השותפים לחשבון _____ קרבה למבקש _____ x

6

הצהרת המבקש או מגיש הבקשה

אני החתום מטה מבקש גמלת נכות, ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בבקשה זו 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 בבקשה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
אני מסכים להיבדק לצורך שירותים מיוחדים, אם תהיה המלצה של רופא הסניף על בדיקה זו.
 כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך _____ חתימת המבקש או מגיש הבקשה _____ x

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות כללית

פרטים אישיים

	<p>תאריך תביעה</p> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td colspan="12"></td> </tr> </table>																	שנה	חודש	יום													<p>מספר זהות/דרכון</p> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						<p>קוד גמלה</p> <p>33</p>
שנה	חודש	יום																																																					
<p>שם פרטי</p>		<p>שם משפחה</p>																																																					

חבר בקופת חולים

כללית מאוחדת מכבי לאומית אחר _____

הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבקש ✕ _____