

בל/ 7849

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית



תביעה לקצבת שירותים מיוחדים

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ סיכומי מחלה ומידע רפואי המפרטים את כל המחלות, הטיפולים, התרופות והאשפוזים.
- ☞ אם אינך מקבל קצבת נכות ואתה משתכר - אישורים על הכנסות מעבודה (תלושי שכר) ב- 6 החודשים האחרונים
- ☞ אם החותם על התביעה אינו תובע הגמלה עצמו, נא למלא גם את סעיף 2 ולהביא את האישורים הנדרשים בו.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ את טופס התביעה יש לשלוח בדואר או להביא לסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- ☞ מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

לידיעתך

- ☞ קצבת שירותים מיוחדים ניתנת למי שזקוק לעזרה רבה בביצוע פעולות היום יום שהן: ניידות בבית, אכילה, הלבשה, רחצה והיגיינה אישית והוא:
 - ☞ מי שמקבל קצבת נכות כללית ונקבע לו אחוז רפואי של 60% מנופה ומשוקלל לשירותים מיוחדים לפחות.
 - ☞ למי שלא מקבל קצבת נכות ונקבע לו אחוז רפואי של 75% מנופה ומשוקלל לשירותים מיוחדים לפחות.
 - ☞ עולה בשנה הראשונה לעלייתו.
- ☞ לצורך בדיקת זכאותך, יתכן כי יהיה עליך להיבדק מחדש לעניין אחוזי נכות רפואית ובדיקה זו, עשויה לשנות את אחוזי הנכות (לרבות הפחתתם), ולהשפיע על דרגת אי הכושר שנקבעה לך. בחתימתך על טופס התביעה, אנו רואים הסכמה לאמור.
- ☞ אם אתה בעל מוגבלות ברגליים, באפשרותך להגיש נוסף לכך תביעה לגמלת ניידות.
- ☞ לתשומת ליבך, אפשר לקבל קצבה לשירותים מיוחדים וקצבת ניידות למי שהוכר כבעל מוגבלות בניידות בשיעור 100% או זקוק לבכסא גלגלים או שנקבעה לו זכאות לקיצבת שירותים מיוחדים בשיעור של 105%
- ☞ על פי חוק, תאושר הקצבה לכל היותר בעבור 6 החודשים שקדמו להגשת התביעה.
- ☞ ייתכן שידרשו מסמכים נוספים לצורך קבלת הזכאות.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
---	---------------------------

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
שירותים מיוחדים

- תביעה לקצבת שירותים מיוחדים**
- תביעה לקצבת שירותים מיוחדים למקבל קצבת נכות
 - תביעה לקצבת שירותים מיוחדים למי שלא מקבל קצבת נכות
 - תביעה לגמלה מיוחדת לעולה

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה בלועזית(אנגלית)*	שם פרטי בלועזית(אנגלית)*
תאריך לידה	תאריך עלייה	מספר זהות ^{ס"ב}	
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה/ה <input type="checkbox"/> עגון/ה <input type="checkbox"/> ידוע/ה בציבור	ארץ לידה <input type="checkbox"/> ישראל <input type="checkbox"/> אחרת _____	שוהה בישראל <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
גר במשק בית עם <input type="checkbox"/> בת זוג <input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> ילדים מעל גיל 18 <input type="checkbox"/> ילדים מתחת לגיל 18 <input type="checkbox"/> אחר _____			
האם אתה שוהה עכשיו או שהית בחצי השנה האחרונה במוסד? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט _____			
האם הגשת תביעה לאחת הגמלאות האלה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן סמן: <input type="checkbox"/> ניידות <input type="checkbox"/> נפגעי עבודה <input type="checkbox"/> נפגעי איבה <input type="checkbox"/> אסירי ציון <input type="checkbox"/> משרד הביטחון <input type="checkbox"/> רדיפות הנאצים			

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS					

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	-------	-------

4

הסכמה לקביעת רופא ללא נוכחות נא לחתום למטה אם אתה מעוניין שהחלטה תיקבע לפי מסמכים בלבד

אני מסכים בזה שרופא יקבע החלטה לשירותים מיוחדים לפי מסמכים בלבד, ובלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שלמרות הסכמתי זו יהיה עליי להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

חתימת התובע **x** _____

5

הצהרה על הכנסות ופרטים אחרים

יש למלא רק במקרים שבהם לא משולמת קצבת נכות כללית

יש לצרף 6 תלושי שכר אחרונים	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	הכנסות מעבודה (למי שלא מקבל קצבת נכות)
	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	פנסיה - ממקור ישראלי (לעולה חדש בשנה הראשונה)
	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	פנסיה או רנטה מחו"ל (לעולה חדש בשנה הראשונה)
	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	פיצויים ותשלומים מחברות ביטוח
	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	תגמול ממשרד הביטחון (לנכים, אלמנות, הורים שכולים)
	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	תגמול ממשרד האוצר (לנכי מלחמה, רדיפות הנאצים)
	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	תמיכה לתלמידי ישיבות או כוללים
	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	הכנסה הונית מריבית, דיווידנד, תכנית חיסכון
	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	הכנסה מרכוש (למשל מהשכרת נכס – לשר"מ עולים)
	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	הכנסה ממקור אחר ציין את מקור ההכנסה וצרף אישור _____

צרף אישורים ל- 6 החודשים האחרונים

6

פרטי חשבון הבנק של התובע

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 בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל 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.

_____ **x** _____ **x** _____
 תאריך חתימת מקבל הגמלה חתימת/חתימות השותפים לחשבון קרבה לתובע

7

פרטים על תביעה לפיצויי נזיקין מצד שלישי

האם נכותך נגרמה מתאונה? (תאונה: תאונת דרכים או אחרת הנגרמת עקב רשלנות הזולת, רשלנות רפואית, תקיפה וכדומה)

תאריך התאונה

יום	חודש	שנה

לא כן, ציין סוג התאונה: תאונת דרכים אחרת

מקום אירוע התאונה ונסיבותיה: _____

נמסרה הודעה למשטרה בתאריך - _____ מספר תיק _____
 לא נמסרה הודעה למשטרה

האם הגשת תביעה לפיצויי נזיקין? לא כן, פרט:

שם המשפחה של הנתבע	שם הפרטי של הנתבע	שם עורך הדין המייצג אותך בתביעה
_____	_____	_____

כתובת עו"ד

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
_____	_____	_____	_____	_____	_____
טלפון נייד			טלפון קווי		
_____			_____		
דואר אלקטרוני			פקס		
_____			_____		

הצהרה

8

אני מצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומלאים, ואני מאשר אותם בחתימת ידי. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים היא עברה על החוק.

תאריך _____ חתימת הנכה חתימת בן/בת הזוג

הצהרה

9

אני החתום מטה תובע גמלת שירותים מיוחדים, ומצהיר 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 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

במידת הצורך, אני מסכים להיבדק מחדש לעניין אחוזי נכות רפואית. ידוע לי, שבדיקה זו יכולה לגרום לשינוי באחוזי הנכות (לרבות הפחתתם), ולהשפיע על דרגת אי הכושר שנקבעה.

כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך _____ חתימת התובע / מקבל הגמלה או מגיש התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
שירותים מיוחדים

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות- שר"מ

חותמת קבלה

פרטים אישיים

	<p>תאריך תביעה</p> <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				<p>מספר זהות/דרכון</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table>		<p>קוד גמלה</p> <p>33</p>
שנה	חודש	יום								
<p>שם פרטי</p>		<p>שם משפחה</p>								
<p>חבר בקופת חולים</p> <p> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____ </p>										

הצהרה

אני ה"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 אודותי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____