



## תביעה לקצבת נכות כללית, ובקשה להענקה מטעמי צדק

### על מנת לייעל את הטיפול בתביעתך, אנא תצרף לבקשה 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. (**אישור המעסיק על תקופת ההעסקה ועל שכר החתום ע"י המעסיק** – עמוד 5-6 בטופס התביעה). 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 תובע הקצבה עצמו, נא למלא גם את סעיף 4 בטופס התביעה ולצרף ייפוי כוח, צו אפוטרופוס או פסק דין – אם ישנו.
- ✍ לפני הגשת התביעה - בדוק האם יש מסמכים נוספים (לאלה הרשומים לעיל) שעליך לצרף, לפי הנחיות בגוף הבקשה.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ✍ יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו. ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בטופס התביעה.
- ✍ **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
  - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://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 וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### לידיעתך

- ✍ אם לך ולבן/בת זוגך אין אמצעי מחיה, מוצע לך לבדוק את **זכאותך בהבטחת הכנסה**, שכן זמן הטיפול בתביעה 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](http://www.btl.gov.il). כולל סרטון הדרכה למילוי הטופס.
- ✍ באפשרותך לקבל **שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא תשלום במרכז יד מכוונת**. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון \*2496.

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

|                           |      |                  |  |
|---------------------------|------|------------------|--|
| לשימוש פנימי בלבד (סריקה) |      | מס' זהות / דרכון |  |
| סוג המסמך                 | דפים |                  |  |

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות כללית



תביעה קצבת נכות כללית  
ובקשה להענקת מטעמי צדק

1

פרטי התובע

|          |         |           |
|----------|---------|-----------|
| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות |
|----------|---------|-----------|

פרטי בן / בת זוג

|            |                                |
|------------|--------------------------------|
| מצב משפחתי | מספר זהות בן זוג (נשוי / י.צ.) |
|------------|--------------------------------|

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

|                |            |                |      |       |       |
|----------------|------------|----------------|------|-------|-------|
| רחוב / תא דואר | מס' בית    | כניסה          | דירה | יישוב | מיקוד |
| טלפון קווי     | טלפון נייד | דואר אלקטרוני: |      |       |       |

☐ 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.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה בתעודת הזהות)

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

2

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

☐ לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: \_\_\_\_\_  
☐ עבדתי והפסקתי לעבוד, פרט את הסיבה: \_\_\_\_\_  
☐ אני ממשיך לעבוד

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 \_\_\_\_\_ (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)

על מנת להקל עליך ולזרז את הטיפול בתביעתך באפשרותנו לפנות באופן ייזום למעסיקיך ומשלמי הפנסיה שלך, לרבות כאלו שהיו לך או שיהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב). אם אינך מסכים, ציין זאת:  
☐ אני התובע מסרב לכך שתפנו לקבל את נתוני ההכנסות באופן דיגיטלי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

**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

| סמן ב- " V " במחלה או התסמינים מהם אתה סובל                                                                                                                                                                                                                 | מתאריך<br>(שנה, חודש) | האם נבדקת אצל<br>רופא מומחה<br>בתחום המחלה? | האם אושפזת בגין<br>המחלה בשנתיים<br>האחרונות? |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> בעיה נפשית (מקבל טיפול)                                                                                                                                                                                                          |                       | <input type="checkbox"/> כן                 | <input type="checkbox"/> כן                   |
| 2 <input type="checkbox"/> הפרעות בבלוטת התריס                                                                                                                                                                                                              |                       | <input type="checkbox"/> כן                 | <input type="checkbox"/> כן                   |
| 3 <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם                                                                                                                                                                                                                       |                       | <input type="checkbox"/> כן                 | <input type="checkbox"/> כן                   |
| 4 <input type="checkbox"/> ליקוי שכלי                                                                                                                                                                                                                       |                       | <input type="checkbox"/> כן                 | <input type="checkbox"/> כן                   |
| 5 <input type="checkbox"/> ליקוי שמיעה                                                                                                                                                                                                                      |                       | <input type="checkbox"/> כן                 | <input type="checkbox"/> כן                   |
| 6 <input type="checkbox"/> ליקויי ראייה ומחלת עיניים -האם קיבלת תעודת עיוור<br>ממשרד הרווחה- השירות לעיוור <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן<br>נמצא בתהליך הכרה לתעודת עיוור <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן |                       | <input type="checkbox"/> כן                 | <input type="checkbox"/> כן                   |
| 7 <input type="checkbox"/> מחלה אורטופדית (גפיים עליונות ותחתונות, גב, צוואר,<br>דלקת פרקים)                                                                                                                                                                |                       | <input type="checkbox"/> כן                 | <input type="checkbox"/> כן                   |
| 8 <input type="checkbox"/> מחלות בתחום נוירולוגי (כולל אלצהיימר, פרקינסון,<br>אפילפסיה ואירוע מוחי)                                                                                                                                                         |                       | <input type="checkbox"/> כן                 | <input type="checkbox"/> כן                   |
| 9 <input type="checkbox"/> מחלות דרכי עיכול (כולל קיבה ומעינים)                                                                                                                                                                                             |                       | <input type="checkbox"/> כן                 | <input type="checkbox"/> כן                   |
| 10 <input type="checkbox"/> מחלת כבד (כולל צהבת)                                                                                                                                                                                                            |                       | <input type="checkbox"/> כן                 | <input type="checkbox"/> כן                   |
| 11 <input type="checkbox"/> מחלת כליות (כולל דיאליזה)                                                                                                                                                                                                       |                       | <input type="checkbox"/> כן                 | <input type="checkbox"/> כן                   |
| 12 <input type="checkbox"/> מחלת לב                                                                                                                                                                                                                         |                       | <input type="checkbox"/> כן                 | <input type="checkbox"/> כן                   |
| 13 <input type="checkbox"/> מחלת עור                                                                                                                                                                                                                        |                       | <input type="checkbox"/> כן                 | <input type="checkbox"/> כן                   |
| 14 <input type="checkbox"/> מחלת ריאות (כולל אסטמה)                                                                                                                                                                                                         |                       | <input type="checkbox"/> כן                 | <input type="checkbox"/> כן                   |
| 15 <input type="checkbox"/> סכרת                                                                                                                                                                                                                            |                       | <input type="checkbox"/> כן                 | <input type="checkbox"/> כן                   |
| 16 <input type="checkbox"/> סרטן (כולל לימפומה ולוקמיה)                                                                                                                                                                                                     |                       | <input type="checkbox"/> כן                 | <input type="checkbox"/> כן                   |
| 17 <input type="checkbox"/> קורונה                                                                                                                                                                                                                          |                       | <input type="checkbox"/> כן                 | <input type="checkbox"/> כן                   |
| 18 <input type="checkbox"/> נפגעת/תקיפה מינית                                                                                                                                                                                                               |                       | <input type="checkbox"/> כן                 | <input type="checkbox"/> כן                   |
| 19 <input type="checkbox"/> אחר _____                                                                                                                                                                                                                       |                       | <input type="checkbox"/> כן                 | <input type="checkbox"/> כן                   |

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 כולה או חלקה נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים: ☐ לא ☐ כן, תאריך תאונה: \_\_\_\_\_ - חובה לענות על שאלה זו  
האם נכותך כולה או חלקה נגרמה כתוצאה מאירוע תאונתי אחר / נוסף (רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר  
וכיוצ"ב) ☐ לא ☐ כן, נא פרט \_\_\_\_\_ - חובה לענות על שאלה זו  
תאריך האירוע: \_\_\_\_\_ - חובה לציין תאריך  
האם פנית למשרד הביטחון בשל פגיעה במהלך השירות הצבאי? ☐ לא ☐ כן, צרף העתק של דוח הוועדה הרפואית

**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.

**נא לחתום למטה אם אתה מעוניין שהנכות הרפואית תיקבע לפי מסמכים בלבד.**

חתימת התובע \* \_\_\_\_\_

4

אם המבוטח מיוצג ע"י עו"ד או חברה או אם אינו יכול להגיש תביעה עקב מצבו הבריאותי, על מגיש התביעה למלא את הפרטים הבאים:

| פרטי מגיש התביעה                                                                                              |                                                                                                                |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>מספר זהות</b><br><div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 2px;"></div>     | <b>שם פרטי</b><br><div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 2px;"></div>        | <b>שם משפחה</b><br><div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 2px;"></div> | <b>יחס קרבה לתובע</b><br><input type="checkbox"/> קרוב משפחה <input type="checkbox"/> אפטרופוס<br><input type="checkbox"/> עו"ד <input type="checkbox"/> חברה מייצגת<br><input type="checkbox"/> ר"ח <input type="checkbox"/> אחר: _____ |
| <b>דואר אלקטרוני</b><br><div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 2px;"></div> | <b>טלפון להתקשרות</b><br><div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 2px;"></div> |                                                                                                          | <input type="checkbox"/> יפוי כוח <input type="checkbox"/> צו אפטרופוסות<br><input type="checkbox"/> פסק דין <input type="checkbox"/> אחר: _____<br>אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצרך העתק                                      |
| <b>תאריך</b> _____ <b>חתימה</b> * _____                                                                       |                                                                                                                |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                          |

5

### 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 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 להחתימה 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.                                                                                                                                               |                   |                             |            |
| אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. <b>לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.</b> |                   |                             |            |
| תאריך                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | חתימת תובע הקצבה  | חתימת/חתימות השותפים לחשבון | קרבה לתובע |

6

### הצהרת התובע או מגיש התביעה

אני החתום מטה תובע קצבת נכות, ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה זו 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. ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לקצבה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

במידה ועל סמך המסמכים הרפואיים ניתן יהיה לקבוע קצבת נכות בשיעור מלא, אני מסכים כי הקביעה תעשה ללא זימוני לבדיקה. ידוע לי כי בכל מקרה אוכל לבקש זימון לבדיקה.

אני מסכים בזאת שעובד שיקום ייתן חוות דעת בנוגע לכושר השתכרותי על סמך שיחה טלפונית או זום וזאת לאור בקשתי שלא להגיע לפגישה אישית בסניף. ידוע לי שחוות דעת זאת של פקיד שיקום, ניתנת לצורך בדיקת זכאותי לקצבת נכות. אני מסכים להיבדק לצורך שירותים מיוחדים, אם תהיה המלצה של רופא הסניף על בדיקה זו. אני מסכים להעביר מידע למשרד הרווחה במידה ויקבעו לי 90% נכות רפואית בגין ליקוי ראייה או לצורך ביצוע אבחון למוגבלות שכלית התפתחותית.

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.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת [btldpo@nioi.gov.il](mailto:btldpo@nioi.gov.il).

אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותי מצדדי ג', בהתאם לדין.

☐ אני מסכים לוועדה בוודאו צ"ט ☐ כן ☐ לא

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע או מגיש התביעה \*

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות כללית



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות כללית

פרטים אישיים

|                                                                                                                                                                 |                 |              |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------|--|
| קוד גמלה                                                                                                                                                        | מספר זהות/דרכון | תאריך תביעה  |  |
| 33                                                                                                                                                              |                 | שנה חודש יום |  |
| שם משפחה                                                                                                                                                        |                 | שם פרטי      |  |
| חבר בקופת חולים                                                                                                                                                 |                 |              |  |
| <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> 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 התביעה ✕ \_\_\_\_\_

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות כללית



**אישור המעסיק על תקופת  
ההעסקה ועל השכר**

| פרטי המעסיק |          |                             |
|-------------|----------|-----------------------------|
| שם המעסיק   |          | מספר תיק ניכויים / מס' ת.ז. |
| מספר טלפון  | מספר פקס | דואר אלקטרוני               |
|             |          |                             |

| פרטי העובד השכיר                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------|
| שם משפחה                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | שם פרטי | מספר זהות<br>ב"ס |
| <p>העובד הועסק מתאריך _____ עד תאריך _____ הסיבה לפסקת העבודה: _____</p> <p> <input type="checkbox"/> פרש מהעבודה סופית בתאריך _____                     <input type="checkbox"/> ממשיך לעבוד: חלקיות משרה _____                 </p> <p> <input type="checkbox"/> יתרת ימי מחלה שלא נוצלו _____                 </p> <p> <input type="checkbox"/> ימי המחלה נוצלו במלואם בתאריך _____                 </p> |         |                  |

| תשלומים אחרים                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. האם שולמו (למעט דמי מחלה) תשלומים כלשהם מיום הפסקת העבודה בפועל ועד ליום הפרישה (עד ניתוק יחסי עובד-מעביד) <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>2. האם מבוטח לעניין אי כושר עבודה בחברת ביטוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם החברה _____</p> <p>מהות התשלום: _____ החל מתאריך _____ עד _____</p> |

פרטים על העבודה והשכר

יש למלא פרטים על עבודת השכיר ועל השכר ב-15 החודשים האחרונים או לחודשים שקמו למועד הפסקת העבודה, כולל חודש עבודה אחרון.  
אין לכלול רכיבי שכר שאינם חייבים בדמי ביטוח לאומי ואין לכלול תשלומים שניתנו לעובד אחרי ניתוק יחסי עובד-מעביד

|    | בחודש/בשנה | השכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לאומי בש"ח | סכום דמי מחלה ששולמו | תוספות שנכללו בשכר (הבראה, ביגוד וכד') |      |
|----|------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------------|------|
|    |            |                                        |                      | סכום                                   | סיבה |
| 1  |            |                                        |                      |                                        |      |
| 2  |            |                                        |                      |                                        |      |
| 3  |            |                                        |                      |                                        |      |
| 4  |            |                                        |                      |                                        |      |
| 5  |            |                                        |                      |                                        |      |
| 6  |            |                                        |                      |                                        |      |
| 7  |            |                                        |                      |                                        |      |
| 8  |            |                                        |                      |                                        |      |
| 9  |            |                                        |                      |                                        |      |
| 10 |            |                                        |                      |                                        |      |
| 11 |            |                                        |                      |                                        |      |
| 12 |            |                                        |                      |                                        |      |
| 13 |            |                                        |                      |                                        |      |
| 14 |            |                                        |                      |                                        |      |
| 15 |            |                                        |                      |                                        |      |

הערות:

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו של העובד

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת ממלא הטופס ותפקידו \* \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת המעסיק/העסק \* \_\_\_\_\_