



## תביעה לקצבת נכות כללית, הצהרה למחלקת הביטוח והגביה ותביעה להענקה מטעמי צדק\*

### חובה לצרף לטופס זה

- ✍ אישורי מצב רפואי מקופ"ח המפרט את כל המחלות הכרוניות, טיפולים ותרופות.
- ✍ סיכומי מחלה וכל חומר רפואי אחר (אם ישנו).
- ✍ **אם הנך שכיר:**
  - ✍ אישורים על הכנסות מעבודה (תלושי שכר).
  - ✍ אישורים של מעביד על ההכנסות ב- 15 החודשים האחרונים (נספח ג' חתום ע"י המעביד).
  - ✍ אם קבלת דמי מחלה או הפסקת לעבוד, חובה לצרף אישור המעביד (נספח ג' חתום ע"י המעביד).
- ✍ **אם החותם על התביעה אינו תובע הגמלה עצמו, נא למלא גם את סעיף 3 ולהביא את האישורים הנדרשים בו.**

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ✍ את טופס התביעה יש לשלוח בדואר או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות וביירוטים יש לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345.
- ✍ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### לידיעתך

- ✍ על פי חוק, תאושר הקצבה לכל היותר בעבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.
  - ✍ משך זמן הטיפול בתביעה עלול להיות ממושך.
  - ✍ אם לך ולבן/בת זוגך אין אמצעי מחיה, מוצע לך לבדוק זכאותך בהבטחת הכנסה.
  - ✍ אם אתה בעל מוגבלות ברגליים, באפשרותך להגיש בנוסף תביעה לגמלת ניידות.
  - ✍ ייתכן וידרשו מסמכים נוספים לצורך קבלת הזכאות.
  - ✍ **המוסד לביטוח לאומי, לא ידון בתלונה על ליקוי רפואי מבלי שיצורפו מסמכים רפואיים רלוונטיים.**
- \* אם התביעה תידחה בגלל חוב דמי ביטוח, השולל תשלום קצבה, ידון המוסד בזכות להענקה מטעמי צדק.

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות כללית

**תביעה לקצבת נכות כללית**  
**הצהרה למחלקת הביטוח והגביה**  
**ותביעה להענקת מטעמי צדק**

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים	חותמת קבלה

חותמת קבלה

**פרטי התובע**

1

שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי (אנגלית)*	שם משפחה (אנגלית)*
תאריך לידה שנה חודש יום	תאריך עליה שנה חודש יום	מספר זהות ס"ב	מספר זהות / דרכון סוג המסמך דפים
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> עגונה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור	ארץ לידה <input type="checkbox"/> ישראל <input type="checkbox"/> אחרת	
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי טלפון נייד	דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS	מיקוד	ישוב
* אם ברשותך דרכון ישראלי, רשום את שמך כפי שרשום בדרכון. המידע דרוש לתעודת נכה.			
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
מיקוד	יישוב	מיקוד	יישוב

**פרטים נוספים**

2

**השכלה**

א. סך כל שנות הלימוד בבית-ספר (כולל אוניברסיטה): \_\_\_\_\_

ב. בית הספר האחרון בו למדת - שם בית הספר: \_\_\_\_\_ שם היישוב: \_\_\_\_\_

ג. קורסים בהם למדת - שם הקורס: \_\_\_\_\_ משך הלימודים: \_\_\_\_\_

שם הקורס: \_\_\_\_\_ משך הלימודים: \_\_\_\_\_

**פרטי בן/בת הזוג**

שם משפחה של בן/בת הזוג	שם פרטי של בן/בת הזוג	מספר זהות של בן/בת זוג ס"ב
רחוב מס' בית כניסה דירה	מיקוד	יישוב

מגורים  
 עם התובע  
 אחר, פרט:

האם את משלם מזונות לפי פסק דין שלא באמצעות ביטוח לאומי?  כן  לא

**ילדים** (למוסד לביטוח לאומי מידע על ילדיך הרשומים במשרד הפנים ולכן איננו מבקשים פרטים עליהם)

האם יש לך ילדים עד גיל 24?  
 כן  לא

אם כן, עם מי מתגוררים הילדים?  
 איתי ועם בן/בת זוגי  
 איתי בלבד  
 עם בן/בת זוגי בנפרד / גרושה - בלבד

**השלם פרטים על ילדים חורגים (עד גיל 24) ועל נכדים (עד גיל 24), שכל פרנסתם עליך התובע:**

יחס קרבה	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	ס"ב	מספר זהות
<input type="checkbox"/> חורג <input type="checkbox"/> נכד			שנה _____ חודש _____ יום _____		
<input type="checkbox"/> חורג <input type="checkbox"/> נכד			שנה _____ חודש _____ יום _____		
<input type="checkbox"/> חורג <input type="checkbox"/> נכד			שנה _____ חודש _____ יום _____		

**3 פרטי מגיש התביעה (ימולא אם וכאשר התובע אינו מסוגל להגיש את התביעה בעצמו, עקב מצבו הבריאותי)**

שם משפחה	שם פרטי	יחס קרבה לתובע	מספר זהות ס"ב

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים)**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_ דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_

אני מאשר קבלת הודעות SMS  ייפוי כוח  צו אפוטרופסות \_\_\_\_\_ פקס \_\_\_\_\_

פסק דין : (אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצרף העתק)

**מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

אם אין ברשותך האמור לעיל, אנא מלא – אני מבקש להתמנות כמקבל גמלה חתימה ✕ תאריך: \_\_\_\_\_

**4 פרטים על הנכות, אשפוזים וגורמים מטפלים**

**פרטים על הנכות**

תאור המחלה / הליקוי	מתאריך התחיל	מתאריך החמרה	אשפוז	מעקב במרפאת
			<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
			<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
			<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
			<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	

**5 הסכמה לקביעת רופא ללא נוכחות** נא לחתום למטה אם אתה מעוניין שהנכות הרפואית תיקבע לפי מסמכים בלבד. אני מסכים בזה שרופא יקבע את אחוזי נכותי הרפואית לפי מסמכים בלבד, ומבלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שלמרות הסכמתי זו יהיה עלי להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

חתימת התובע ✕ \_\_\_\_\_

**האם פנית לאחד מהגורמים הבאים:**

למשרד הביטחון בגלל פגיעה בשירות הצבאי?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, צרף העתק של דו"ח הוועדה הרפואית	1
למשרד האוצר בגלל מלחמה / רדיפות הנאצים?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, צרף העתק של דו"ח הוועדה הרפואית	2
לביטוח לאומי - ענף נפגעי עבודה, נפגעי איבה או אסירי ציון?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____	3

עיסוק, עבודה, הכנסות מעבודה ותשלומים אחרים

**עבודה בשנים האחרונות**

לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: \_\_\_\_\_  
 כן עבדתי

**פרטים על עבודה** (יש לרשום הפרטים הבאים לגבי כל עבודותיך ב-5 השנים האחרונות ולצרף אישורים עבור 15 חודשים אחרונים)

סיבת הפסקת העבודה או השינוי	מס' שעות עבודה ביום / היקף משרה	תקופת העבודה		תפקיד	פרטי מקום העבודה
		עד תאריך	מתאריך		
					(עבודה היום או עבודה אחרונה) שם: _____ כתובת: _____ מספר טלפון: _____ - _____ פקס: _____ - _____
					שם: _____ כתובת: _____ מספר טלפון: _____ - _____ פקס: _____ - _____
					שם: _____ כתובת: _____ מספר טלפון: _____ - _____ פקס: _____ - _____
					שם: _____ כתובת: _____ מספר טלפון: _____ - _____ פקס: _____ - _____

**תשלומים בשל מחלה**

האם ב- 15 החודשים האחרונים קבלת או תקבל **דמי מחלה** בעבור תקופות בהן לא עבדת?

לא

כן,  מהמעביד  מקרן ביטוח \_\_\_\_\_ (צרף אישורים ומסמכים)

האם ב-15 החודשים האחרונים קבלת או תקבל **תשלום כלשהו מחברת ביטוח** עקב מחלה?

לא

כן,  שם חברת הביטוח: \_\_\_\_\_ (צרף אישור, וכן העתק מפוליסת הביטוח)

הצהרה על הכנסות ופרטים אחרים

7

**פרטי התובע**

מספר זהות ס"ב _____	שם פרטי _____	שם משפחה _____
---------------------------	------------------	-------------------

**הצהרה על עבודה והכנסות ב- 12 החודשים האחרונים** (נא להשלים פרטים ולצרף אישורים)

**עבודה**

1. האם בן/בת הזוג עובד/ת היום?  כן  לא

2. פרטי המעביד האחרון של בן/בת הזוג (שם, כתובת ומספר טלפון): \_\_\_\_\_

3. האם לבן/בת הזוג הכנסות ב-12 החודשים האחרונים מעבודה?  יש  אין

האם לבן/בת הזוג הכנסות ב-12 החודשים האחרונים מדמי מחלה?  יש  אין

בן/בת הזוג	הנכה	
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	4. דמי מזונות המשולמים לא על ידי ביטוח לאומי
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	5. פנסיה בישראל (לא כולל מביטוח לאומי)
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	6. תמיכה לתלמידי ישיבות/כוללים
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	7. פנסיה או רנטה מחו"ל
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין ציין איזה _____	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין ציין איזה _____	8. תגמול ממשד הביטחון (לנכים, אלמנות, הורים שכולים)
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	9. תגמול מהאוצר לנכי מלחמה / רדיפות הנאצים
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	10. תשלומים מחברת ביטוח
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין _____	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין _____	11. פיצוי עקב נכות אם יש, ציין את הגורם המשלם _____
_____	_____	12. תשלומים שטרם שולמו (פנסיה, ביטוח)
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<b>הכנסה הונית:</b> 13. הכנסה מריבית, דיוידנד, תוכנית חיסכון
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<b>הכנסה מרכוש:</b> 14. הכנסה מהשכרת נכס
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין _____	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין _____	<b>הכנסה ממקור אחר:</b> 15. ציין את מקור ההכנסה וצרף אישור _____

**צרף אישורים ל- 12 החודשים האחרונים**

**8 פרטי חשבון הבנק של התובע**

8

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 לחשבון 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 לחשבון הבנק ו/או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.

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 פרטי מושכי התשלומים.

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
 תאריך חתימת מקבל הגמלה חתימת/חתימות השותפים לחשבון קרבה לתובע

**9 פרטים על תביעה לפיצויי נזיקין מצד שלישי**

9

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

תאריך התאונה



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 משפחה של הנתבע	שם פרטי 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		
_____			_____		

**10 הצהרה**

10

אני מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומלאים, והריני מאשר אותם בחתימת ידי. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים מהווה עבירה על החוק.

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
 תאריך חתימת הנכה חתימת בן/בת הזוג

**שים לב: עליך לחתום על ההצהרה ועל 3 ויתורי הסודיות.**

**הצהרה**

**11**

אני החתום מטה תובע גמלת נכות, ומצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה 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.

אני מסכים להיבדק לצורך שירותים מיוחדים, במידה ותהיה המלצה של רופא הסניף על בדיקה זו.

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

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע / מקבל הגמלה או מגיש התביעה \* \_\_\_\_\_

**מלא וחתום על הטפסים שלהלן:**

**ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_  
 הגר ב \_\_\_\_\_  
 מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.  
 תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_

**ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_  
 הגר ב \_\_\_\_\_  
 מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.  
 תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_

**ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_  
 הגר ב \_\_\_\_\_  
 מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.  
 תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_

## נספחים

- א. מכתב לרופא המטפל
- ב. תעודה רפואית עבור המוסד לביטוח לאומי
- ג. אישור על העסקת עובד (למילוי ע"י המעביד)
- ד. הצהרה למחלקת הגביה





המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות כללית

## נספח א'

לכבוד  
הרופא המטפל בקופ"ח / מרפאה

ד"ר נכבד,

המוסד לביטוח לאומי ערך בדיקה מקיפה בנושא גמלת נכות, והתברר כי הזכאות לגמלה ומשך הטיפול בקביעת הזכאות מבוססים בעיקר על ידיעת מצבו הרפואי של התובע.

נודה לך אם תסייע לחולה שבטיפולך, תמלא במפורט את הטופס המצורף, ותחזירו אלינו באמצעות החולה.

רופא סניף הביטוח הלאומי בנושא נכות כללית ישמח לעמוד לרשותך, בכל שאלה או הבהרה שתידרש.

**אם ברשותך תעודה ממוחשבת ובה המידע העדכני המבוקש, אנא צרף אותה במקום הטופס המצורף. אם יש מקום להשלמת פרטים, נודה לך על כך.**

בברכה,

ד"ר מריו סקולסקי

מנהל רפואי

המוסד לביטוח לאומי

## נספח ב'

### תעודה רפואית עבור המוסד לביטוח לאומי

פרטים כלליים I			
שם קופת החולים	סניף / מרפאה	טלפון קווי	פקס
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב	

אבחנות II	
מסנת	תיאור האבחנה
	1
	2
	3
	4
	5
	6

אשפוזים ב-3 השנים האחרונות III	
שם המחלקה	שם בית החולים
	1
	2
	3
	4

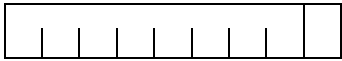
### יש למסור לידי החולה (התובע) העתקים מסיכומי המחלה הרלוונטיים

טיפול תרופתי נוכחי IV	
מינון	שם התרופה
	1
	2
	3
	4
	5

חולים הסובלים מיתר לחץ דם או ממחלות לב V						
מדידות לחץ דם בחצי השנה האחרונה:	1.	2.	3.	4.	5.	6.
	היפרטרופיה של החדר השמאלי: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, לפי: 1. אק"ג מיום _____					
	2. צילום חזה מיום _____					
ממצאי בדיקת מאמץ מיום _____ : _____						
ממצאי בדיקת אקו לב מיום _____ : _____						

עמוד 10 מתוך 15

נא למלא מספר תעודת זהות \_\_\_\_\_

 <p>מס' זהות</p>
---

### נספח ב' (המשך)

#### לחולים הסובלים מסכרת

VI

סובל מסכרת החל מ: \_\_\_\_\_

ערכי סוכר בדם בחצי השנה האחרונה: \_\_\_\_\_

ערכי HbA1C: \_\_\_\_\_

סיבוכים (עיניים, כליות, מערכת העצבים): \_\_\_\_\_

אנא צרף חוות דעת של רופאים מקצועיים המתייחסות לסיבוכי הסכרת.

#### לחולים הסובלים ממחלת כליות כרונית

VII

##### תוצאות בדיקות מעבדה אחרונות:

ספירת דם: \_\_\_\_\_

בדיקת שתן כללית: \_\_\_\_\_

חלבון בשתן של 24 שעות: \_\_\_\_\_

פינוי קריטינין CCT: \_\_\_\_\_

Creatinine: \_\_\_\_\_

Urea: \_\_\_\_\_

##### תוצאות בדיקת US כליות

ממצאים מיום \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

##### תוצאות IVP

ממצאים מיום \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

#### לחולים הסובלים ממחלת ריאות כרונית

VIII

תוצאות צילום חזה אחרון מיום \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

תוצאות תפקודי נשימה מיום \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

#### לחולים הסובלים מכיפיון (Epilepsy)

IX

סוגי התקפים: \_\_\_\_\_

תדירות ההתקפים מכל סוג: \_\_\_\_\_

רמת תרופות בדם מיום \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

תוצאות EEG אחרון מיום \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

תוצאות CT מוח מיום \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_



נספח ב' (המשך)

X טיפול תרופתי נוכחי

X

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

XI לחולים המקבלים טיפול כימותרפי או קרינתי

XI

מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה (ירידה במשקל, תלונות אחרות)? \_\_\_\_\_

תאריך סיום טיפול (או תאריך משוער)	תאריך תחילת טיפול	תאריך אבחון המחלה
_____	_____	_____

סוג הטיפול: \_\_\_\_\_

תדירות ומשך הטיפול: \_\_\_\_\_

XII פרטים נוספים והערות

XII

תוצאות בדיקות אחרות (הדמיה, EMG, תפקודי כבד, בלוטת התריס וכדומה)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

מידע נוסף במרפאה מקצועית

האם יש מידע נוסף במרפאה חיצונית?  אין  יש, פרט: \_\_\_\_\_

שם המרפאה	כתובתה	שם הרופא המטפל	טלפון
_____	_____	_____	_____

הערות: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

XIII חתימת הרופא

XIII

תאריך \_\_\_\_\_ שם הרופא: \_\_\_\_\_ חתימה x \_\_\_\_\_



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

**נספח ג'**

**אישור על העסקת עובד ושכר עבודה**

**I חלק א'**

מספר זהות ס"ב	שם האב	שם פרטי	שם משפחה
_____	_____	_____	_____

הנתונים על עבודת הנ"ל אצלנו הם כלהלן:

**תקופת העבודה (הכוללת)**

תחילת עבודה בתאריך _____	<input type="checkbox"/> הפסקת עבודה בפועל בתאריך _____ הסיבה: _____
	<input type="checkbox"/> פרישה סופית מעבודה בתאריך* _____ (*תאריך ניתוק יחסי עובד-מעביד)
	<input type="checkbox"/> ממשיך לעבוד

**פרטים על היקף משרה**

1. עבד במשרה חלקית?  לא  כן, מתאריך \_\_\_\_\_ שיעור חלקיות המשרה: \_\_\_\_\_
2. הסיבה לעבודה החלקית: \_\_\_\_\_
3. האם שולמו השלמות לשכר המשרה החלקית?  
 לא  כן, מהות התשלום: \_\_\_\_\_ החל מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_

**לעובדים היום**

סוג העבודה והתפקיד הנוכחי: \_\_\_\_\_

**דמי מחלה**

1. ב-15 החודשים האחרונים, שולמו לנ"ל דמי מחלה?  לא  כן

**דמי מחלה שולמו לתקופות:**

מתאריך	עד תאריך	
_____	_____	1
_____	_____	2
_____	_____	3
_____	_____	4
_____	_____	5
_____	_____	6

2. יתרת ימי מחלה שלא נוצלו: \_\_\_\_\_ ימים

3. תשלום דמי המחלה הוא על ידי קרן \_\_\_\_\_

**תשלומים אחרים**

1. האם שולמו (למעט דמי מחלה) תשלומים כלשהם מיום הפסקת העבודה בפועל ועד ליום הפרישה (עד ניתוק יחסי עובד-מעביד)  
 לא  כן

2. האם מבוטח לעניין אי כושר עבודה בחברת ביטוח?  לא  כן, שם החברה \_\_\_\_\_  
מהות התשלום: \_\_\_\_\_ החל מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_

**פרישה לפנסיה**

- הנ"ל פרש לפנסיה:  לא  כן, מיום \_\_\_\_\_ הפנסיה משולמת מקרן: \_\_\_\_\_

**II חתימת המעביד**

שם המעביד	מספר תיק	כתובת המעביד
_____	_____	_____

תאריך \_\_\_\_\_ שם החותם: \_\_\_\_\_ תפקידו: \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

## נספח ג' (המשך)

### פרטים על עבודה ב-15 החודשים האחרונים

חלק ב'										III
הפרשים או תוספות שנכללו בשכר (כגון: דמי הבראה, ביגוד, משכורת 13 וכיוצ"ב)			הסכום	שכר החייב בדמי ביטוח	סכום דמי מחלה	שולמו דמי מחלה (כן/לא)	שיעור משרה (מלא/ חלקי)	חודש	שנה	מס'
מהות התשלום	מתייחס לתקופה									
	עד	מתאריך								
										1
										2
										3
										4
										5
										6
										7
										8
										9
										10
										11
										12
										13
										14
										15

\* כולל גם רכיבי שכר שאינם חייבים בתשלום דמי ביטוח. דמי מחלה ששולמו ע"י המעביד או קרן ביטוח - אין לכלול בשכר ברוטו.

המעביד		IV
הערות המעביד:		
_____		
_____		
תאריך _____	שם החותם: _____	תפקידו: _____
חתימה וחותמת המפעל ✕ _____		

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

**חותמת קבלה**

**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
נכות כללית



**נספח ד'**

**הצהרה והודעה על שינויים למחלקת הביטוח והגביה**

מלא הטופס אם בתקופה כלשהי ב- 5 השנים האחרונות היית עובד עצמאי או שלא עבדת. (פרטי העסק בסעיף II וסעיף III ימולאו רק ע"י מי שהיה עובד עצמאי)

I פרטים אישיים					
שם משפחה		שם פרטי	שם האב		מספר זהות ב"ס
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>					
מיקוד	רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני	
		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS			
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)					
מיקוד	רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב

II פרטי העסק					
שם העסק: _____					
מיקוד	רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה	ישוב
עיסוק או מקצוע אחרון			תאריך תחילת עבודה כעצמאי		
מס' שעות עבודה ממוצע לשבוע		החל מתאריך	מספר תיק מעביד		
אני מצהיר בזה כי בגלל: _____					
<input type="checkbox"/> הפסקתי לעבוד מתאריך: _____ <input type="checkbox"/> צמצמתי את היקף עבודתי מתאריך: _____					
<input type="checkbox"/> אני ממשיך לעבוד בהיקף מלא					
<input type="checkbox"/> העסק: _____ <input type="checkbox"/> נסגר <input type="checkbox"/> נמכר <input type="checkbox"/> הושקר <input type="checkbox"/> בתאריך: _____ (צרף אישור מתאים)					
<input type="checkbox"/> אחר: _____					

III הכנסות ב- 5 שנים אחרונות כולל שנה נוכחית (שוטפת) (צרף שומות מס הכנסה שברשותך)			
שנת מס	חודש ראשון	מספר חודשים	ההכנסה השנתית בש"ח ב- 5 שנים אחרונות
שנה שוטפת			מעסק, משלוח יד, חקלאות ריבית, השכרה, רכוש, פנסיה, גמלה

### נספח ד' (המשך)

#### הצהרה

IV

הנני מצהיר בזה שכל הפרטים שנמסרו בתביעה זו ובצירופיה הם נכונים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, מהווה עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י 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 זכאותי לגמלה או על יצירת חוב ועל כן, אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

(יסומן ב- ✓ כאשר עובד המוסד ממלא את טופס ההצהרה) כל הפרטים הרשומים בתביעה הוקראה באוזני ואני מאשר בזה כי הם תואמים את הפרטים שמסרתי בע"פ לעובד המוסד.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם החותם: \_\_\_\_\_ חתימה ✕ \_\_\_\_\_

#### (סעיף זה לשימוש המוסד לביטוח לאומי)

V

#### אל מחלקת הביטוח והגביה, סניף \_\_\_\_\_

שם משפחה		שם פרטי		שם האב		מספר זהות ב"0							
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">רחוב</td> <td>מס' בית</td> <td>כניסה</td> <td>דירה</td> <td>ישוב</td> <td>מיקוד</td> </tr> </table>							רחוב		מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
רחוב		מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד							
טלפון קווי		טלפון נייד		פקס									
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">^</td> <td colspan="2">^</td> <td colspan="3">^</td> </tr> </table>							^		^		^		
^		^		^									

#### הנ"ל עבד כשכיר:

1	מתאריך	עד תאריך	<input type="checkbox"/> לפי אישור המעביד	<input type="checkbox"/> לפי ההצהרה בתביעה בלבד
	שם המעביד		מספר תיק הניכויים של המעביד	
2	מתאריך	עד תאריך	<input type="checkbox"/> לפי אישור המעביד	<input type="checkbox"/> לפי ההצהרה בתביעה בלבד
	שם המעביד		מספר תיק הניכויים של המעביד	
3	מתאריך	עד תאריך	<input type="checkbox"/> לפי אישור המעביד	<input type="checkbox"/> לפי ההצהרה בתביעה בלבד
	שם המעביד		מספר תיק הניכויים של המעביד	
4	מתאריך	עד תאריך	<input type="checkbox"/> לפי אישור המעביד	<input type="checkbox"/> לפי ההצהרה בתביעה בלבד
	שם המעביד		מספר תיק הניכויים של המעביד	

תאריך: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ שם וחתימת פקיד תביעות ✕ \_\_\_\_\_