

עמוד 1 מתוך 2



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נפגעי עבודה
תביעה לתשלום קצבה
מיוחדת לנפגע עבודה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך		דפים							

שים לב: עליך לצרף לבקשה דוחות רפואיים עדכניים שיתייחסו למצבך הרפואי, לאשפוזים שהיו בשנים האחרונות, לטיפולים שהינך מקבל ולקשייך התפקודיים הנובעים מפגיעת העבודה שלך.

פרטים אישיים

1

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות	
תאריך הפגיעה		מצב משפחתי:		מס' ילדים מתחת לגיל 18	
שנה חודש יום		<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> עגונה <input type="checkbox"/> ידועה בציבור		שנה חודש יום	
אחוזי נכות שנקבעו		<input type="checkbox"/> לצמיתות <input type="checkbox"/> זמניים עד לתאריך _____		תאריך לידה	
האם הינך מקבל:		<input type="checkbox"/> קצבה לשירותים מיוחדים <input type="checkbox"/> קצבת סיעוד <input type="checkbox"/> קצבת ניידות <input type="checkbox"/> עזרת הזולת		שנה חודש יום	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
טלפון קווי		טלפון נייד		דירה	
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS		דואר אלקטרוני		יישוב	
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
טלפון קווי		טלפון נייד		דירה	
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS		דואר אלקטרוני		יישוב	
האם כתובת בן/בת הזוג זהה לכתובתך? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא					

נימוקים לתביעה

2

אנא פרט את מצבך התפקודי בתחומי הניידות, הלבשה, רחצה, אכילה, שליטה על סוגרים והצורך שלך בהשגחה:

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

פרטי חשבון הבנק

3

שמות השותפים לחשבון

שמות השותפים לחשבון			
מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף / כתובתו	שם הבנק

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון 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.

תאריך _____ שם השותף/ים _____ מס' ת.ז. _____ חתימה **x** _____

הצהרה

4

הריני מצהיר שהפרטים בבקשה זו הינם 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 פעולה או התחייבות שתיעשה על ידי בעניין הבקשה בטרם אישורה הינה על אחריותי בלבד. ידוע לי שאם תאושר בקשתי עלי להשתמש בכספים שאקבל אך ורק למטרה שפורטה. אני מאשר כי אני מקבל עלי את כל ההתחייבויות הקשורות בקבלת הסכום..

תאריך _____ חתימת התובע **x** _____

לשימוש המוסד

נתקבל ביום _____ שם העובד המטפל _____

% _____ נכות זמנית מתאריך _____ עד תאריך _____

% _____ נכות צמיתה מתאריך _____ עד תאריך _____

אבחנה רפואית _____

מצ"ב: דו"ח פקיד שיקום דו"ח הערכת סיעוד נספח תפקודי חתום ע"י רופא ופקיד שיקום

רמת סיוע מומלצת _____ תאריך תחולה _____

הנמקה: _____

_____ **x** _____ **x** _____ **x** _____

תאריך _____ שם וחתימת רופא _____ שם וחתימת פקיד שיקום _____ שם וחתימת מנהל תחום שיקום _____

החלטת המשרד הראשי: רמת סיוע מאושרת _____ בתחולה מיום _____

הנמקה: _____

_____ **x** _____

שם וחתימה _____ תאריך _____