



## תביעה גמלה לילד/ה נכה

### חובה לצרף לטופס זה

- ✎ תעודה רפואית וסיכומי מחלה מהשנה האחרונה, ובהם גם פירוט הטיפולים הרפואיים.
- ✎ אישור לימודים שימלא המוסד החינוכי (בית הספר או גן הילדים) ויחתום עליו (ראה נספח אישור על לימודים).
- ✎ לילד עד גיל 6 - אם אינו לומד אפשר להביא אישור על טיפול התפתחותי, לאחר שגורם מוסמך מילא את האישור וחתם עליו.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ✎ את התביעה יגיש הורה שהילד גר עמו, או האפוטרופוס שלו, או מי שמחזיק אותו למעשה.
- ✎ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא לסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולברורים יש לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345.
- ✎ לידיעתך - על פי חוק, לא תאושר הקצבה לתקופה העולה על 12 חודשים אחרונים שלפני מועד הגשת התביעה.
- ✎ מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
נכות – ילד נכה

**תביעת גמלה לילד נכה**

<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 colspan="16" style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</td> </tr> <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 colspan="2" style="text-align: center;">סוג המסמך</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">דפים</td> </tr> </table>																	מס' זהות / דרכון																																סוג המסמך		דפים		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' זהות / דרכון																																																					
סוג המסמך		דפים																																																			

**חותמת קבלה**

תאריך תביעה

שנה			חודש			יום			

1

**פרטי הילד**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
תאריך לידה	תאריך עלייה	קופת החולים שבה מבוטח הילד
		כתובת

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים)**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

האם הילד שווה עכשיו או שהה בעבר במוסד / במשפחה אומנת / בפנימייה?  לא  כן:

במוסד / בפנימייה      כתובת: \_\_\_\_\_

במשפחה אומנת      כתובת: \_\_\_\_\_

שהה מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_ ומתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_

עדיין שווה

2

**פרטי מגיש התביעה**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

**קרבה אל הילד:**

הורה    אח/אחות    סב/סבתא    אפוטרופוס (יש לצרף צו אפוטרופסות)    אחר \_\_\_\_\_

**כתובת מגורים/מען למכתבים:**  עם הילד    אחר, פרט:

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

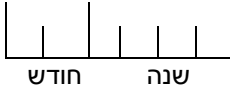

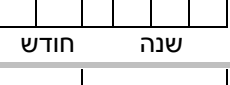
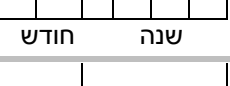
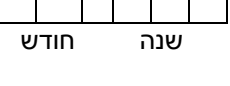
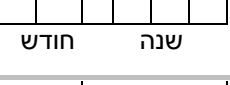
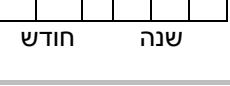
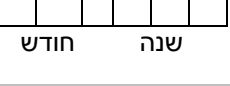


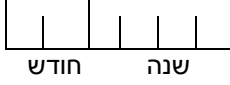
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני



אני מאשר קבלת הודעות SMS

3

**פרטים על ילדים שבגינם משולמת הצבת ילד נכה**

שם הילד	מספר זהות	שם הילד	מספר זהות
1			4
2			5
3			6

מסמכים נדרשים	תאריך	פרטי הליקוי הרפואי / המחלה
<input type="checkbox"/> אבחון רפואי מפסיכיאטר ילדים ונוער או מנירולוג או מרופא התפתחותי <input type="checkbox"/> אבחון פסיכולוגי מפסיכולוג התפתחותי או קליני ובו שימוש במבחן פסיכולוגי מותאם לגיל התפקודי של הילד <input type="checkbox"/> דוח המפרט את הכלי שבו בוצע האבחון (GARS,CARS,ADOS,PODIT,ADI,DSM-IV)		<b>ספקטרום אוטיסטי</b>
<input type="checkbox"/> מידע מרופא מומחה המטפל במחלקה בבית החולים <input type="checkbox"/> דו"ח מעקב ערכי סוכר ממכשיר הגלוקומטר לחודש האחרון <input type="checkbox"/> תוצאות מעודכנות של בדיקת דם HbA1C <input type="checkbox"/> אם הילד אושפז, יש לצרף מסמך סיכום מחלה		<b>סכרת נעורים</b>
<input type="checkbox"/> אודיוגרמה – בדיקת שמיעה מעודכנת בהולכת אוויר ללא מכשירי שמיעה וטימפנוגרם אם נדרש		<b>ליקוי שמיעה / חירשות</b>
<input type="checkbox"/> סיכום מידע רפואי מנירולוג או מרופא מטפל על סוג המחלה ומצב האיזון שלה, סוג ההתקפים ותדירותם ומידע על הטיפול הרפואי <input type="checkbox"/> אם הילד אושפז, יש לצרף מסמך סיכום מחלה		<b>אפילפסיה</b>
<input type="checkbox"/> בדיקת ראייה מעודכנת מרופא עיניים מטפל לחדות ראייה בכל עין ללא אמצעי עזר <input type="checkbox"/> בדיקת ראייה מעודכנת מרופא עיניים מטפל לשדה ראייה בכל עין ללא אמצעי עזר <input type="checkbox"/> תעודת עיוור מ <b>משרד הרווחה</b> - השירות לעיוור <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		<b>ליקוי ראייה /עיוורון</b>
<input type="checkbox"/> דוח התפתחותי / רפואי מעודכן <input type="checkbox"/> מסמך מעודכן על הטיפולים הפרא רפואיים (קלינאי תקשורת, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וכדומה)		<b>עיכוב התפתחותי</b>
<input type="checkbox"/> דוח התפתחותי / רפואי מעודכן <input type="checkbox"/> מסמך מעודכן על טיפולים פרא רפואיים (קלינאי תקשורת, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וכדומה)		<b>סיוע בתקשורת</b>
<input type="checkbox"/> מסמך רפואי ממומחה לאלרגיות על ההיסטוריה הרפואית ותכנית הטיפול <input type="checkbox"/> תוצאות מעודכנות, המעידות על רגישות יתר ניכרת (ELISA,RAST או טסטים עוריים) <input type="checkbox"/> אם הילד אושפז יש לצרף מסמך סיכום מחלה		<b>אלרגיות</b>
<input type="checkbox"/> מסמך רפואי מעודכן על אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון ההיסטוריה הרפואית, סוג הטיפול שניתן, ותדירותו. <input type="checkbox"/> דוח על מעקב במרפאות מומחים – פירוט תכנית הטיפולים בהמשך <input type="checkbox"/> מסמך רפואי מנירולוג (רק למי שסובל מליקוי בשתי גפיים)		<input type="checkbox"/> העדר 2 גפיים <input type="checkbox"/> ליקוי בשתי גפיים
<input type="checkbox"/> מסמך רפואי מעודכן על אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון ההיסטוריה הרפואית, סוג הטיפול שניתן, ותדירותו. <input type="checkbox"/> דוח על מעקב במרפאות מומחים – פירוט תכנית הטיפולים בהמשך		<b>טיפול רפואי</b> <input type="checkbox"/> דיאליזה <input type="checkbox"/> צנתור <input type="checkbox"/> עירוי דם <input type="checkbox"/> הזנה/ האכלה <input type="checkbox"/> חמצן <input type="checkbox"/> ציטוטוקסיה <input type="checkbox"/> אחר _____
<input type="checkbox"/> מסמך רפואי מעודכן על אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון סוג הטיפול שניתן, ותדירותו. <input type="checkbox"/> דוח על מעקב במרפאות מומחים.		<b>מחלה/תסמונת</b> <input type="checkbox"/> תסמונת דאון <input type="checkbox"/> דחף בלתי נשלט לאכילה <input type="checkbox"/> שברים פתולוגיים <input type="checkbox"/> דלקות כרוניות <input type="checkbox"/> מחלה ממארת <input type="checkbox"/> אחר _____

מסמכים נדרשים	תאריך	פרטי הליקוי הרפואי / המחלה
<input type="checkbox"/> אבחון של האגף לטיפול באדם המפגר במשרד הרווחה. <input type="checkbox"/> אישור של ועדת השמה על הצורך בלימודים במסגרת מיוחדת.	 חודש      שנה	<input type="checkbox"/> מוגבלות שכלית
<input type="checkbox"/> מסמך עדכני מנוירולוג ילדים, או פסיכאטר ילדים, או מרופא מומחה מוסמך בטיפול בהפרעות קשב וריכוז. <input type="checkbox"/> דו"ח חינוכי עדכני מהמסגרת החינוכית המיוחדת בה הילד מתחנך. <input type="checkbox"/> אישור של ועדת השמה על הצורך בלימודים במסגרת מיוחדת.	 חודש      שנה	ADHD-הפרעות קשב, ריכוז והיפראקטיביות קשה
		תלונות רפואיות

## פרטים על פגיעה כתוצאה מתאונה ותביעה נגד צד שלישי

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

לא     כן, ציין את סוג התאונה:  תאונת דרכים     אחרת

מקום אירוע התאונה ונסיבותיה: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

נמסרה הודעה למשטרה?

כן, לתחנת המשטרה ב \_\_\_\_\_ בתאריך \_\_\_\_\_ מס' התיק \_\_\_\_\_  לא

האם הוגשה / עומדים להגיש תביעה לפיצויי נזיקין?  לא     כן, פרט: \_\_\_\_\_  
 שם משפחה ושם פרטי של הנתבע: \_\_\_\_\_ תאריך הגשת התביעה: \_\_\_\_\_

פרטי עורך הדין המייצג את הילד בתביעה: (שם העו"ד ושם המשרד) \_\_\_\_\_

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

## הסכמה לקביעה בידי רופא ללא נוכחות. נא לחתום למטה אם אתה מעוניין שהנכות הרפואית תקבע לפי מסמכים בלבד

אני מסכים בזה שרופא יקבע את הליקויים הרפואיים של הילד לפי מסמכים בלבד, ובלי לזמן את ילדי לבדיקה רפואית. ידוע לי, שלמרות הסכמתי זו יהיה על הילד להתייב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

לתשומת לבכם: אם ילדכם ייבדק באמצעות מסמכים וללא נוכחותו, לא ניתן יהיה לבדוק אותו לעניין "תלות לחלוטין" (בדיקה פיזית הבוחנת את מידת התלות בעזרת הזולת, בביצוע פעולות יומיום (אכילה, נידות בתוך הבית, הלבשה, רחצה, היגינה אישית)). מי שנקבע לו כי הוא תלוי לחלוטין בעזרת הזולת בביצוע פעולות היומיום, זכאי לתוספת קצבה בשיעור 28%.

חתימת התובע ✕ \_\_\_\_\_

**פרטי חשבון הבנק של התובע/ת**

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 הילד שבגינו מוגשת התביעה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק 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, 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 חתימת מקבל הגמלה  
 \_\_\_\_\_x חתימה/חתימות השותפים לחשבון  
 \_\_\_\_\_ תאריך

**הצהרה**

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. אני החתום מטה מסכים בזאת להעביר מידע למשרד הרווחה-השירות לעיוור במידה ויקבע ליקוי ראייה.

\_\_\_\_\_ תאריך  
 \_\_\_\_\_x חתימת מגיש התביעה



### נספח – אישור על לימודים

טופס זה ימלא הגורם החינוכי ויחתום עליו בעבור ילדים מגיל 6 ומעלה שימו לב, יש למלא את הטופס לשנת הלימודים הנוכחית. בכל מקרה שבו הילד נמצא בנסגרת חינוכית מיוחדת (בית ספר מיוחד, כיתת תקשורת, סייעת ועוד)

#### פרטי הילד

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

הילד לומד באופן קבוע בבית ספר \_\_\_\_\_  בתנאי פנימייה  לא בתנאי פנימייה

כתובת בית הספר \_\_\_\_\_ מס' טלפון: \_\_\_\_\_

החל את הלימודים בתאריך \_\_\_\_\_ תאריך סיום לימודים (משוער) \_\_\_\_\_

מס' ימי לימוד בשבוע \_\_\_\_\_ מס' שעות לימוד ביום \_\_\_\_\_

#### סידורי הסעה לבית הספר

הילד מגיע למקום הלימודים:  ברגל  ברכב המשפחה  בתחבורה ציבורית  בהסעה מאורגנת  אחר \_\_\_\_\_  
האם נדרש ליווי לבית הספר:  לא  כן, פרט את העזרה הנדרשת, סיבתה ומי מלווה \_\_\_\_\_  
הערות: \_\_\_\_\_

#### סידורי אכילה ושתייה

האם מוגשת בבית הספר ארוחה לתלמידים?  כן  לא  
האם הילד אוכל ושותה בכוחות עצמו?  כן  לא  
הערות: \_\_\_\_\_

#### היגיינה אישית

האם הילד שולט על הפרשותיו (שתן, צואה)?  כן  לא  
האם הילד מסתדר בעצמו בשירותים וברחצה של הפנים והידיים?  כן  לא  
פרט במה מתקשה ואיזו עזרה נדרשת \_\_\_\_\_

#### עצמאות

האם הילד מסוגל להישאר לבדו מספר שעות ביום?  כן  לא, פרט מה הסיבות לכך \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**פרטים על הילד - המשך**

**התקפים**

אופי ההתקף הרפואי  אפילפסיה  אסטמה  אחר פרט \_\_\_\_\_  
 האם הילד קיבל בבית הספר התקפים כלשהם?  לא  כן, מהי תדירות ההתקפים? \_\_\_\_\_  
 מתי היה ההתקף האחרון? \_\_\_\_\_ תיאור אופי ההתקף (כולל משך זמן ממוצע להתקף) \_\_\_\_\_

האם הילד מרגיש, כי ההתקף קרב?  לא  כן, כיצד מתנהג \_\_\_\_\_  
 תאר את התופעות לאחר ההתקף \_\_\_\_\_

אופי ההתקף הנפשי  חרדה  אחר פרט \_\_\_\_\_  
 האם הילד קיבל בבית הספר התקפים כלשהם?  לא  כן, מהי תדירות ההתקפים? \_\_\_\_\_  
 מתי היה ההתקף האחרון? \_\_\_\_\_ תיאור אופי ההתקף (כולל משך זמן ממוצע להתקף) \_\_\_\_\_

האם הילד מרגיש כי ההתקף קרב?  לא  כן, כיצד מתנהג \_\_\_\_\_  
 תאר את התופעות לאחר ההתקף \_\_\_\_\_

**התנהגות הילד**

תאר את התנהגות הילד (קשב וריכוז, באיזו מידה הוא ממושמע, באיזו מידה הוא יודע לקבל גבולות, הקשר עם בני גילו, הקשר עם הסביבה) \_\_\_\_\_

**הערות נוספות**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם המוסד החינוכי וחותמת ✕ \_\_\_\_\_

שם ממלא הטופס ותפקידו ✕ \_\_\_\_\_

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות – ילד נכה



כתב ויתור על סודיות רפואית

שם הגמלה: ילד נכה

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><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>30</p>
שנה	חודש	יום																											
<p>שם פרטי</p>		<p>שם משפחה</p>																											

חבר בקופת חולים

כללית  מאוחדת  מכבי  לאומית  אחר \_\_\_\_\_

הצהרה

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות \_\_\_\_\_

יחס קרבה לרשום מטה:  הורה  אפוטרופוס  אחר \_\_\_\_\_

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלה, למצב הרפואי, לטיפול שניתן, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרשו או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי על אודות המבוטח.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מגיש התביעה \* \_\_\_\_\_