המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה

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

בקשה לבדיקת תלות בעזרת הזולת למקבל קצבת ילד נכה

ילד **התלוי לחלוטין** בעזרת הזולת הוא מי שזקוק לעזרה בביצוע פעולות היום יום בכל שעות היממה: הלבשה, אכילה, רחצה, היגיינה אישית וניידות עצמית בבית (הבדיקה מתבצעת גם ביחס לביצוע פעולות אלה בקרב בני גילו).

בדיקת תלות מתבצעת לילדים **מעל גיל 3**

1 פרטי הילד

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

האם הילד שוהה עכשיו או שהה בעבר במוסד או במשפחה אומנת או בפנימייה? ❑ לא

❑ כן: ❑ במוסד / בפנימייה _____ כתובת: _____

❑ במשפחה אומנת _____ כתובת: _____

❑ שהה מתאריך _____ עד תאריך _____ ומתאריך _____ עד תאריך _____

❑ עדיין שוהה

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	

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

3 פרטים על מצבו הבריאותי של הילד (יש לצרף מסמכים רפואיים מעודכנים)

_____

_____

_____

_____

_____

4 הצהרה

אני החתום מטה מצהיר 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על הזכאות לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי, כי עליי להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

במידת הצורך, אני מסכים לבדוק מחדש את הליקוי הרפואי. ידוע לי, שבדיקה זו יכולה לגרום לשינוי ולהשפיע על הזכאות לקצבת ילד נכה (לרבות הפחתתה).

תאריך_____ חתימת מגיש התביעה ✗_____

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה

חותמת קבלה

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: שר"מ וילד נכה

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	
30		שנה חודש יום	
שם משפחה		שם פרטי	

חבר בקופת חולים

❑ כללית ❑ מאוחדת ❑ מכבי ❑ לאומית ❑ אחר _____

הצהרה

אני _____ הח"מ, מספר זהות _____

יחס קרבה לר"מ ❑ הורה ❑ אפוטרופוס ❑ אחר _____

מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלה, מצב הרפואי, הטיפול שניתן, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודות המבוטח.

תאריך _____ חתימת מגיש התביעה ✗ _____