



תביעה לקצבת שירותים מיוחדים

הגשת תביעה לשירותים מיוחדים

קצבת שירותים מיוחדים משולמת למי שזקוק לעזרה רבה בביצוע פעולות היום יום: ניידות בבית, אכילה, הלבשה, רחצה והיגיינה אישית, וכן למי שזקוק להשגחה מתמדת למניעת סיכון לעצמו או לאחרים, ובתנאי שנקבעו לו האחוזים הרפואיים המזכים בקצבה.
את התביעה ניתן להגיש מגיל 18 ועד 6 חודשים לאחר גיל פרישה.

כיצד יש להגיש את התביעה

כדי לייעל את הטיפול בתביעתך, יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף את המסמכים הבאים:

מסמכים רפואיים שברשותך, המפרטים את המחלות, הטיפולים והתרופות שאתה נוטל.
מסמכים נוספים על פי הנדרש בתביעה.

את התביעה ניתן להגיש בדרכים הבאות:

למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין בצירוף המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
למלא באמצעות נציג שירות בטלפון *3928
למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר אינטרנט/שליחת מסמכים.
להגיש בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.

על פי החוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 6 החודים שקדמו להגשת התביעה.

לידיעתך

לאחר הגשת התביעה, במידת הצורך, תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית, ובמקרה של מצב רפואי קשה התביעה תטופל במסלול מהיר.
באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא תשלום במרכזי יד מכוונת. המרכזים נמצאים בבאר שבע, ירושלים, פתח תקווה וחיפה. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.

באפשרותך לקבל מכתבים מהביטוח הלאומי באינטרנט במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בתביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, יישלח אליך מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.
מידע על מקבלי קצבת שירותים מיוחדים מועבר למוסדות שונים (כמו עיריות, חברת חשמל ועוד), לצורך מיצוי זכויות.
לברורים ניתן להתקשר למוקד הטלפוני *6050 או 04-8812345, או לפנות באתר האינטרנט/יצירת קשר.
מידע מורחב על הקצבה מופיע באתר הביטוח הלאומי/קצבאות והטבות/שירותים מיוחדים לנכים אם יש לך מוגבלות ברגליים, באפשרותך להגיש בנוסף תביעה לקצבת ניידות.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>מס' זהות / דרכון</p> <p>_____</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>סוג המסמך</p> <p>_____</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>דפים</p> <p>_____</p> </div> </div>		<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p>חותמת קבלה</p>
--	--	----------------------------------	--------------------------

תביעה לקצבת שירותים מיוחדים

1

פרטי התובע

שם פרטי		שם משפחה		מספר זהות			

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)							
יישוב	רחוב	מספר בית	מיקוד	תיבת דואר	כניסה	דירה	
טלפון קווי		טלפון נייד		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט במקום בדואר דואר אלקטרוני: _____ @			
_____		_____		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS			
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת לעיל)							
יישוב	רחוב	מספר בית	מיקוד	תיבת דואר	כניסה	דירה	
מגורים נוכחיים							
<input type="checkbox"/> אני מתגורר בביתי <input type="checkbox"/> עם בן משפחה מתחת לגיל 18 <input type="checkbox"/> עם בן משפחה מעל לגיל 18 <input type="checkbox"/> לבד							
<input type="checkbox"/> אני מתגורר עכשיו או התגוררתי בחצי השנה האחרונה במסגרת מוסדית (יש לצרף מסמך רפואי הכולל הערכה תפקודית מהמוסד בו אתה שוהה וכן דו"ח סוציאלי מהמוסד הכולל התייחסות להיערכות לשחרור)							
שם המוסד		כתובת המוסד		תאריך כניסה		תאריך יציאה	

2

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

שם פרטי		שם משפחה		יחס קרבה לתובע		מספר זהות	

טלפון קווי		טלפון נייד		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: _____ @			
_____		_____		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS			
<p>אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים, נא לציין איזה ולצרף עותק.</p> <p><input type="checkbox"/> ייפוי כוח <input type="checkbox"/> צא אפטרופסות <input type="checkbox"/> פסק דין</p> <p>אם אין ברשותך האמור לעיל, אנא מלא – אני מבקש להתמנות כמקבל גמלה חתימה ✕ _____ תאריך: _____</p>							

פרטי הנכות

אני תלוי בעזרת הזולת לביצוע פעולות היום יום (ניידות בבית, אכילה, הלבשה, רחצה והיגיינה אישית)

חולה אונקולוגי

(יש לצרף מסמך החתום על ידי אונקולוג. מוצע לצרף טופס של האגודה למלחמה בסרטן)

מטופל בדיאליזה

לאחר השתלה מתורם לאחר השתלת מח עצם עצמית

תאריך השתלה _____ (יש לצרף מכתב שחרור מבית החולים)

אדם עם עיוורון

ברשותי תעודת עיוור ממשרד הרווחה – השירות לעיוור (יש לצרף התעודה)

(במידה וברשותך תעודת עיוור יש לצרפה, אחרת, יש לצרף בדיקת חדות / שדה ראייה)

זקוק להשגחה למניעת סכנה

מונשם

אחר

המחלות והליקויים מהם אני סובל

החל מתאריך _____ חלה החמרה במצבי מתאריך _____

אושפזתי בשנה האחרונה (במידה ואושפזת, יש לצרף מכתב שחרור מבית החולים).

פרטים משלימים

1. האם מייצג אותך עו"ד או חברה למימוש זכויות? לא כן (פרט מטה)

שם עו"ד או חברה למימוש זכויות	כתובת	טלפון

2. נכותי נגרמה כתוצאה מתאונה (תאונת דרכים, רשלנות, תקיפה וכדומה) לא כן, תאריך התאונה _____

3. פניתי למשרד הביטחון בשל פגיעה במהלך שירותי הצבאי לא כן, (יש לצרף דו"ח ועדה רפואית משרד הביטחון)

4. טופלתי בשנה האחרונה על ידי הלשכה לשירותים חברתיים התחנה לבריאות הנפש

שם הישוב בו טופלתי _____

5

פרטי חשבון הבנק של התובע

לתשומת לבך, יש למלא מספר חשבון בנק של האדם עבורו מגישים את התביעה

שם מלא של בעל החשבון		מספר זהות של בעל החשבון	
שם מלא _____		מספר חשבון _____	
שם הסניף / כתובתו		מס' סניף	מספר חשבון
_____		_____	_____

שותפים נוספים בחשבון שם מלא _____ ת.ז. _____ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם 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 מושגי 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. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך _____	חתימת מקבל הגמלה _____	חתימת/חתימות השותפים לחשבון _____	קרבה לתובע _____
-------------	------------------------	-----------------------------------	------------------

6

הצהרה על הכנסות

יש לי הכנסות מעבודה אין לי הכנסות מעבודה

אני עולה חדש בשנה הראשונה לעליה וקיימת לי הכנסה אחרת / תמיכה / רנטה / תגמול / פנסיה מכל גורם שהוא

7

הצהרה

אני החתום מטה תובע גמלת שירותים מיוחדים, ומצהיר בזה, 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום, ע"י פניה למוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגורי.

ידוע לי, כי בקשה זו יכולה לגרום לשינוי באחוזי הנכות, ולהשפיע על זכאותי לקצבת נכות ולקצבת שירותים מיוחדים (לרבות הפחתתם).

אני מסכים כי המוסד לביטוח לאומי ייקבע את זכאותי על סמך המידע הרפואי, מבלי לזמן אותי לוועדה רפואית, בכפוף לאישור רופא המוסד.

אני מסכים בזאת להעביר מידע למשרד הרווחה – השירות לעיוור, במידה וייקבעו לי 90% נכות רפואית בגין ליקוי ראייה.

כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים. או על שינוי במקום מגורי כגון כניסה למוסד, דיור מוגן וכד'.

תאריך _____	חתימת התובע _____
-------------	-------------------

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
שירותים מיוחדים



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות- שר"מ

פרטים אישיים																																													
	תאריך תביעה <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">יום</td> <td style="text-align: center;">חודש</td> <td style="text-align: center;">שנה</td> <td colspan="8"></td> </tr> </table>												יום	חודש	שנה									מספר זהות/דרכון <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>																					קוד גמלה 33
יום	חודש	שנה																																											
שם פרטי		שם משפחה																																											
חבר בקופת חולים <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____																																													

הצהרה
<p>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.</p> <p style="text-align: center;">תאריך _____ חתימת המבוטח * _____</p>