



תביעה למתן שיקום מקצועי

על מנת שניתן יהיה לטפל בתביעתך יש לצרף -

תעודות ואישורים המעידים על השכלתך, הכשרות מקצועיות, ניסיון בעבודה ואבחונים שעברת.

לידיעתך -

שלב ראשון בתהליך הינו אישור הזכאות לשיקום. באישור זה אין משום אישור לתכנית השיקום עצמה.

הגמלה תשולם לתקופה שאינה עולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.

כיצד יש להגיש את התביעה

עליך למלא את כל הסעיפים בטופס.

ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, יישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.

את טופס התביעה רצוי להגיש במחלקת שיקום בסניף הביטוח הלאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון 02-6463488

לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

לתשומת ליבך – עליך למלא את כל הסעיפים בטופס התביעה

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף שיקום



תביעה למתן שיקום מקצועי

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב
		--/ --/ ----	

☐ נכה כללי ☐ נפגע עבודה ☐ אלמן/ת תלויים ☐ אלמן/ת שאירים ☐ בן/בת זוג של נכה ☐ מתנדב
☐ נפגע פעולות איבה ☐ אסיר ציון

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:			
		☐ אני מאשר קבלת הודעות SMS			

כתובת למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2

פרטי הפגיעה

לנכה : תאריך הפגיעה _____
 פרט את המגבלות איתן אתה מתמודד כתוצאה מהפגיעה/המחלה

מהם אחוזי הנכות שנקבעו לך בוועדה הרפואית: _____ %
 האם אחוזי הנכות נקבעו ☐ לצמיתות ☐ זמנית, עד תאריך _____

לבן/בת זוג של נכה שאינו ניתן לשיקום מקצועי: שם הנכה _____ ת.ז. _____

לא אלמן/אלמנה המקבל קצבת שאירים/תלויים או מענק חד פעמי: תאריך התאלמנות _____
 האם אתה/סובל/ת ממגבלות רפואיות? ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

3

פרטים על השכלה

סה"כ שנות לימוד

השכלתי היא:

☐ יסודית ☐ תיכונית ☐ מקצועית ☐ תורנית ☐ אקדמית ☐ אחר, פרט: _____

מוסד הלימודים האחרון בו למדת

שם המוסד

שם היישוב

חוג/מסלול לימודים

האם סיימת לימודיך? ☐ כן ☐ לא. סיבת הפסקת הלימודים:

הערות/בעיות מיוחדות העשויות להשפיע על התמודדות בלימודים (יש לצרף מסמכים ואבחונים מתאימים):

4

פרטים המקצוע או העיסוק

מקצוע/משלח יד: _____

האם יש לך תעודה מקצועית? ☐ לא ☐ כן. פרט _____

האם קיבלת סיוע במימון הכשרה מקצועית מגורם כלשהוא?

☐ לא ☐ כן, קיבלתי הכשרה מסוג _____

מהגורם _____

5

פרטי ניסיון תעסוקתי כולל עבודתך כיום (ניתן לצרף קורות חיים לחילופין)

מקום העבודה	תפקיד	תקופת העבודה	מס' שעות עבודה ביום / היקף משרה	סיבת הפסקת העבודה או השינוי/ עדיין עובד

6

סיבות הפנייה לשיקום מקצועי

1. פרט את סיבות פנייתך לשיקום מקצועי _____

2. פרט הצעות/בקשות מיוחדות בקשר לשיקומך _____

3. האם יש לך זכאות במימון לימודים מגורם אחר?
☐ לא
☐ כן, הגורם הינו: ☐ משרד הביטחון ☐ משרד הבריאות ☐ משרד הרווחה ☐ מינהל הסטודנטים
☐ אחר: _____
 פרטים על הזכאות _____

7

פרטי חשבון הבנק של התובע

אם יגיעו לי תשלומי שיקום אבקש להעבירם לזכות חשבון הבנק המפורט להלן

שמות בעלי החשבון			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון הפרטי

אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולדאוג להחתימה על טופס עדכון החשבון.

אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.

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.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/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.

_____ x _____ x _____
 תאריך חתימת מקבל התשלום חתימת/חתימות השותפים לחשבון

8

הצהרה

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

_____ x _____
 תאריך חתימת התובע