



המוסד לביטוח לאומי
מיןיל הגלואאות
אגף שירות
תביעה לתשלומים קצבה
מיוחדת לנפגע בעבודה

 מס' זהות / דרכון סוג דפים המספר	לשימוש פנימי בלבד (סרייקה)	חותמת קבלה
--	-------------------------------------	-------------------

⚠ **שים לב:** עליך לצוף לבקשת דוחות רפואיים עדכניים שיתיחסו למצויר הרפואי, לאשפוזים שהיו בשנים האחרונות, לטיפולים אשר אתה מקבל ולקשייר התפקידים הנובעים מפגיעה העבודה שלך.

1

		פרטים אישיים		שם משפחה	
		שם פרטי	מספר זהות ס"ב		
 תאריך לידה שנה חודש יום	מס' ילדים מתחת לגיל 18	<input checked="" type="checkbox"/> רוקק/ נשוי/אה <input type="checkbox"/> אלמן/ גירושה <input type="checkbox"/> ידועה ב הציבור/ עגונה	מצב משפחתי: <input checked="" type="checkbox"/> פרוד/ <input type="checkbox"/> ידועה ב הציבור/ <input type="checkbox"/> גירושה	תאריך הפגיעה שנה חודש יום	
אחוזי נכות שנקבעו <input type="checkbox"/> זמני עד לתאריך <input checked="" type="checkbox"/> לצמצמות					
האם הינך מקבל: <input checked="" type="checkbox"/> קצבה לשירותים מיוחדים <input type="checkbox"/> קצבת סיoud <input type="checkbox"/> קצבת נידות <input type="checkbox"/> עזרת הזולת					
כתובת (הרשותה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר	מספר בית	כינוי	דירה	כינוי	רחוב / תא דואר
מיקוד 		מיקוד 		מיקוד 	
דואר אלקטרוני: 		טלפון נייד 		טלפון נייד 	
מען למכתבבים (אם שונה מהכתובת המפורטת לעיל)					
רחוב / תא דואר	מספר בית	כינוי	דירה	כינוי	רחוב / תא דואר
מיקוד 		מיקוד 		מיקוד 	
האם כתובת בן/בת הזוג זהה לכתובתך? <input checked="" type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא					

2 **ニימוקים לתביעה**

אני פרט את מצויר התפקידו בתחום הניידות, הלבשה, רחצה, אכילה, שליטה על סוגרים והצורך שלך בהשגהה:

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

פרטי חשבון הבנק

3

שםות השותפים לחשבון

שם הבנק	מספר חשבון	שם הסניף / כתובתו	מספר סניף

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק /או מיפוי כוח בחשבון, ולודא להחתים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעט למועד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיפוי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה. אני מסכים שהבנק הנ"ל יחויר למועד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המודע יפקיד לחשבון תשלום אשר כולל או חלקו שולם בעלות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למועד את פרטי מושבי התשלומיים.

אני מסכים כי המודע יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת מחושבת, לצורך **AIMOT BEULOTI** בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל או עובד מטעמו ימסור למועד את המידע הנחוץ לו לאימוט פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל.

לחילופין, ידוע לי כי המודע רשאי לדרש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע AIMOT FORTI CHSBON HBNK
שמסרתי לעיל וכי הוא על המציגם לפי דרישתך.

תאריך _____ שם השותף/^{ים} _____ חתימה **X** _____ מס' ת.ז. _____

זהירות

4

הריני מצהיר שהפרטים בבקשתה זו הינם נכונים ומלאים
ידוע לי שמשמעות פרטים לא נכוןים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידיעין
למתן קצבה לפיה חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דין קנו כספי או מאסר..
ידוע לי כי כל פעולה או התחייבות שתיעשה על ידי בעניין הבקשתה בטרם אישורה הינה על אחריותו בלבד. ידוע לי
שאם תאושר בבקשתה עלי להשתמש בכיסופים שاكتבל אך ורק למטרת שיפורטה. אני מאשר כי אני מקבל עלי את כל
התחייבויות הקשורות בקבלת הסכם.

תאריך _____ חתימת התובע **X** _____

לשימוש המודע

נתקלב ביום _____ שם העובד המתפל _____

% _____ נכות זמנית מתאריך _____ עד תאריך _____

% _____ נכות צמיחה מתאריך _____ עד תאריך _____

אבחנה רפואית _____

מצ"ב: דוח פקיד שיקום דוח הערכת סיעוד סופח תפקודי חתום ע"י רופא ופקיד שיקום

רמת סיוע מומלצת _____ תאריך תחוללה _____

הنمקה: _____

X**X**

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

החלטת המשרד הראשי: רמת סיוע מאושרת _____ בתחוללה מיום _____

הنمקה: _____

X

שם וחתימה

תאריך