

**המוסד לביטוח לאומי**  
**ביטוח סיעוד**  
**תביעה לגמלת סיעוד**

**חשוב לקרוא את ההנחיות להלן על מנת לבחון ולהחליט אם יש מקום להגיש תביעה לגימלת סיעוד. מנסינונו הדבר עשוי למנוע מכם טירדה מיותרת.**

גמלת סיעוד ניתנת אך ורק למי שתלוי במידה רבה בעזרת הזולת לביצוע פעולות יום יום כמו: לבישה, אכילה, רחצה, ניידות בתוך הבית, שליטה בהפרשות, או הזקוק להשגחה. תנאי נוסף הוא שהמבוטח הגיע לגיל הפרישה (טבלה מעבר לדף). מי שזכאי לגימלה מקבל שירותי סיעוד. הגימלה אינה ניתנת בכסף. במקרה של מגבלה בעלת אופי זמני הזכאות ניתנת לתקופה זמנית.

**קביעת זכאות**

- לשם קביעת הזכאות נבדקים אישורים שונים (ראה הנחיות לתובע).
- נערכת בדיקה של התפקוד על ידי מעריך/ה מקצועי שיבקר לשם כך בביתכם, תוך כשבועיים, מיום הגשת התביעה.
- המעריך יראיין את הזקן ובני ביתו במקום מגוריו ויבקש הדגמה של פעולות היום יום.
- הזכאות נקבעת על סמך כל הנתונים שהצטברו (כולל הערכת המעריך).
- פרק הזמן המקסימלי עד סיום תהליך הטיפול בתביעה כ- 60 יום.

**הנחיות לתובע:**

- הנך נדרש לצרף לטופס התביעה את האישורים הבאים:
  1. אישור מרופא: הרופא המטפל ימלא את התעודה הרפואית בסוף הטופס.
  2. אישורי הכנסות שלך ושל בן/בת זוג מכל המקורות: יש לצרף אישורים על הכנסה ל- שלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה חודשים שקדמו לחודש הגשת התביעה (אין צורך לצרף אישורים על קיצבאות ביטוח לאומי). הכנסות שיכולות להשפיע על קביעת הגימלה.
  3. אישור מבית אבות / מוסד: אם את/ה גר/ה בבית אבות או מוסד, על המוסד / בית האבות למלא אישור בעמוד 4.
- על מנת למנוע עיכוב בטיפול בתביעה: עליך להקפיד לחתום בסעיף 13, 14. אם הוגשה תביעה במהלך ששת החודשים שקדמו לתביעה זו, יש למלא סעיפים 1, 2, 3, 7, 11, 12, 13, 14, סעיפים אחרים יש למלא רק כאשר חל שינוי בנתונים.

**לפני מילוי התביעה**

אנא הפרד את דפי טופס המידע הרפואי המיועד למילוי על ידי הרופא (עמוד 7 על העתקיו). לאחר מילוי הטופס על ידי הרופא אנא הצמד אותו מחדש לטופס התביעה.

יש להעביר את הטופס (אפשרי גם בדואר) ליחידת הסיעוד בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.

לצורך קבלת הסבר וסיוע במילוי טופס התביעה, ניתן לפנות למחלקת הייעוץ לקשיש בסניפי המוסד לביטוח לאומי.

## טבלת גיל פרישה

גיל פרישה לגבר	
גיל הזכאות (בשנים)	חודש הלידה
65	עד יוני 1939
65 ו-4 חודשים	יולי ואוגוסט 1939
65 ו-8 חודשים	ספטמבר 1939 עד אפריל 1940
66	מאי עד דצמבר 1940
66 ו-4 חודשים	ינואר עד אוגוסט 1941
66 ו-8 חודשים	ספטמבר 1941 עד אפריל 1942
67	מאי 1942 ואילך

גיל פרישה לאשה	
גיל הזכאות (בשנים)	חודש הלידה
60	עד יוני 1944
60 ו-4 חודשים	יולי ואוגוסט 1944
60 ו-8 חודשים	ספטמבר 1944 עד אפריל 1945
61	מאי עד דצמבר 1945
61 ו-4 חודשים	ינואר עד אוגוסט 1946
61 ו-8 חודשים	ספטמבר 1946 עד אפריל 1947
62	מאי 1947 עד דצמבר 1949
62 ו-4 חודשים	ינואר עד אוגוסט 1950
62 ו-8 חודשים	ספטמבר 1950 עד אפריל 1951
63	מאי עד דצמבר 1951
63 ו-4 חודשים	ינואר עד אוגוסט 1952
63 ו-8 חודשים	ספטמבר 1952 עד אפריל 1953
64	מאי 1953 ואילך



4. האנשים הגרים עם התובע

ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	יחס קירבה	שנת לידה	צייו אם קיימת הגבלה בתפקוד ואם מקבל גמלת סעוד / שירותים מיוחדים או אחרת בשל מגבלה זו
1					
2					
3					
4					

5. פרטי הכנסות בשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה שקדמו לתאריך הגשת התביעה.  
 - צרף אישורים מתאימים עבור מקורות ההכנסה שצינת (פרט לקצבאות ביטוח לאומי).  
 - סמן ✓ בטור המתאים, אם יש הכנסה וכן גם אם אין הכנסה, מאחד מהמקורות המפורטים בטבלה.

לשימוש המוסד לביטוח לאומי

מקור	הכנסות תובע		הכנסות בן/בת		הכנסות תובע לחודש (רשום את החודש ואת ההכנסה המתאימה)		הכנסות בן/בת הזוג לחודש (רשום את החודש ואת ההכנסה המתאימה)	
	יש הכנסות	אין הכנסות	יש הכנסות	אין הכנסות				
קצבת זקנה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
קצבאות ביטוח לאומי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
עבודה שכירה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
עבודה עצמאית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
פנסיה מעבודה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
רנטה מחו"ל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
תגמולים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
שכר דירה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
אחר פרט _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

6. הוצאות קבועות: החזקה במוסד, לתשלום דמי מזונות, שכר דירה במקרה של שכירת דירה חלופית

(יש לצרף אישורים לשלושה חודשים מתוך ארבעת החודשים שקדמו לחודש הגשת התביעה). לשימוש המוסד לביטוח לאומי

סוג ההוצאה (ציין את הסוג המתאים)	סכום הוצאה לחודש				התשלום עבור (ציין שם ויחס קירבה לתובע)	סה"כ הוצאות ל- 3 חודשים
החזקה במוסד/ דמי מזונות/ שכר דירה						

לשימוש המוסד לביטוח לאומי

מבחן הכנסות בתקופה הקובעת - רשום חודש אמצעי \_\_\_\_\_

סה"כ הכנסות	סה"כ הוצאות	סה"כ הכנסות בניכוי הוצאות	סה"כ הכנסות ל- 3 חודשים	נפשות למבחן
				התובע
				בן/בת זוג

7. תפקוד בפעולות היום יום

1. ניידות

<input type="checkbox"/> נייד בכוחות עצמו	<input type="checkbox"/> נייד בהשגחה ו/או מתהלך לבד עם מכשיר	<input type="checkbox"/> עזרה חלקית-תמיכה
<input type="checkbox"/> נדרשת עזרה מלאה	<input type="checkbox"/> רתוק לכיסא גלגלים או למיטה.	

2. תפקוד בפעולות היום יום (סמן בכל אחד מהתפקודים את האפשרות המתאימה: עצמאי או זקוק לעזרה)

תפקוד	עצמאי	זקוק לעזרה	אם זקוק לעזרה, פרט סוג עזרה
הלבשה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
רחצה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
אכילה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
טיפול בהפרשות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8. קבלת תשלום או שירותים עבור טיפול אישי ו/או עזרת בית מהגורמים הבאים (סמן את המתאים)

<input type="checkbox"/> לא מקבל
<input type="checkbox"/> מקבל מהמוסד לביטוח לאומי: <input type="checkbox"/> שירותים מיוחדים <input type="checkbox"/> עזרה בבית או עזרת הזולת בפעולות איבה <input type="checkbox"/> גמלת נכות מעבודה (סעיף 112)
<input type="checkbox"/> מקבל עזרה בבית או עזרת הזולת ממוסד הביטחון.

9. מגורים במוסד / בית אבות אם התובע גר במוסד (אישור זה ימולא ע"י המוסד / בית אבות)

הריני לאשר כי מר/גב' _____ ת.ז. _____ נמצא במוסדנו
שם המוסד _____ תאריך כניסה _____
כתובת המוסד / בית אבות _____ טלפון _____
המוסד / המחלקה בה נמצא הזקן פועל ברשיון: <input type="checkbox"/> משרד העבודה והרווחה <input type="checkbox"/> משרד הבריאות <input type="checkbox"/> ללא רשיון נמצא במחלקה: <input type="checkbox"/> סיעודית <input type="checkbox"/> לתשושים <input type="checkbox"/> לתשושי נפש <input type="checkbox"/> אחרת, פרט: _____
ההתקשרות בין המוסד לזקן כוללת: <input type="checkbox"/> ארוחות <input type="checkbox"/> נקיון <input type="checkbox"/> כביסה
השתתפות בדמי החזקה על ידי גוף ציבורי מהמשרדים: <input type="checkbox"/> בריאות <input type="checkbox"/> עבודה ורווחה <input type="checkbox"/> ביטחון <input type="checkbox"/> סוכנות <input type="checkbox"/> אין השתתפות
<u>מוסד בקיבוץ - ימלא בנוסף את הפרטים הבאים:</u>
המוסד מיועד: <input type="checkbox"/> לחברי הקיבוץ ובני משפחותיהם בלבד <input type="checkbox"/> קולט זקנים מבחוץ
מעמד התובע: <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ אחר <input type="checkbox"/> אורח בתשלום <input type="checkbox"/> אורח לא בתשלום
מתאריך _____
אישור המוסד / בית אבות _____
שם מנהל המוסד _____ חתימת מנהל המוסד _____ תאריך _____

10. פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי:

1. האם התלות בזולת נגרמה כתוצאה מתאונה (תאונת דרכים או תאונה אחרת)?  לא  כן

סוג התאונה:  תאונת דרכים  תאונה אחרת  
תאריך התאונה \_\_\_\_\_  
מקום התאונה: \_\_\_\_\_ נסיבות אירוע התאונה \_\_\_\_\_

2. האם נמסרה הודעה למשטרה?  לא  כן לתחנת המשטרה ב- \_\_\_\_\_ מס' תיק \_\_\_\_\_  
כתובת תחנת המשטרה \_\_\_\_\_

3. האם הגשת או תגיש/י תביעה לפיצוי נזיקין?  לא  כן, בתאריך \_\_\_\_\_  
מיהו הנתבע \_\_\_\_\_ מס' התיק \_\_\_\_\_

4. עורך הדין המייצג אותך בתביעה  
שם \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_  
טלפון \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_

5. האם קבלת פיצוי נזיקין בגין התאונה?  טרם קיבלתי פיצוי  
 קבלתי פיצוי בסך \_\_\_\_\_ מאת \_\_\_\_\_ בתאריך \_\_\_\_\_

11. פרטי חשבון הבנק אם יגיעו תשלומים, אבקש לזכות את מספר החשבון המפורט להלן:

שם הבנק \_\_\_\_\_ הסניף \_\_\_\_\_ מספר חשבון \_\_\_\_\_  
החשבון מתנהל ע"ש \_\_\_\_\_  
קירבה לתובע \_\_\_\_\_  
הצהרת בעל החשבון: \_\_\_\_\_  
אם יופקדו לחשבוני על ידי המוסד לביטוח לאומי סכומי כסף, שבחלקם או כולם שולמו בטעות או שלא כדין אני מסכים/ה שהבנק יחזיר למוסד לפי דרישתו סכומים אלה  
שם ומשפחה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

12. ויתור סודיות

ויתור סודיות ייחתם על ידי התובע או אפוטרופוסו (אם מונה לו כזה).  
הויתור מהווה תנאי הכרחי לטיפול בתביעה.

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

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ואו כל מידע אחר שיידרש על ידם ואו כל מסמך רפואי אודותיי.

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

נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי למסור מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד, לחברי הועדה המקומית ועובדים הפועלים מטעמם וכן לנותן השירותים שיספק לי את שירותי הסיעוד.

אני מאשר בזה כי ידוע לי שמידע על מחלה מדבקת (אם קיימת) יימסר לנותן השירותים ולמטפלת מטעמו.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

אם החותם אינו הזקן יש לצרף צילום צו אפוטרופוס.

13. הצהרת התובע

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזה כי כל הפרטים בתביעה ובצירופיה הם נכונים. ידוע לי כי בהתאם לחוק מי שגרם במרמה או ביודעין לקבלת גמלה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים או מסירת פרטים לא נכונים, דינו קנס או מאסר שנה. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי שיחול בפרטים שמסרתי בתביעה זו.

כמו כן, אני מצהיר בזה כי פרט להכנסות שציינתי לעיל אין לי ואו לבן/בת זוגי הכנסות נוספות.

שם ומשפחה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

14. הצהרת מגיש התביעה שאינו התובע

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזה כי כל הפרטים בתביעה ובצירופיה הם נכונים. ידוע לי כי בהתאם לחוק מי שגרם במרמה או ביודעין לקבלת גמלה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים או מסירת פרטים לא נכונים, דינו קנס או מאסר שנה. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי שיחול בפרטים שמסרתי בתביעה.

כמו כן, אני מצהיר בזה כי הפרטים לגבי ההכנסות שצויינו לעיל, נמסרו לאחר שבדקתי ווידאתי כי לתובע ואו לבן/בת הזוג אין הכנסות נוספות.

שם משפחה \_\_\_\_\_ פרטי \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_

הקשר לתובע \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

טלפון \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_

אישור פקיד התביעות, שם \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

שם החולה \_\_\_\_\_  
 ת.ז. \_\_\_\_\_

הקף  
 בעיגול

א.	מערכות	מתאריך	אבחנות עיקריות	קוד	ב. טיפול רפואי נוכחי (כולל תרופתי)
.1	Heart/ Circulation		1. Ischemic Heart Disease	↓	ג. אשפוזים / אירועים בשישה חודשים אחרונים (פרט שני אירועים - המשמעותיים ביותר) <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש (פרוט להלן) 1. תאור האירוע / הסיבה לאשפוז _____ _____ תאריך האירוע / אשפוז _____ מקום אשפוז _____
			2. S/P Myocardial Infarction		
			3. S/P CABG		
			4. S/P PTCA		
			5. Cardiac Arrhythmia		
			6. Atrial Fibrillation		
			7. Pacemaker		
			8. Congestive Heart Failure		
			9. Peripheral Vascular Disease		
		.2	Neurological/ Psychiatric		
	11. S/P CVA				
	12. Hemiparesis / Hemiplegia				
	13. Dysphasia / Aphasia				
	14. S/P TIA				
	15. Parkinson's Disease				
	16. Seizure Disorder				
	17. Dementia				
	18. Depression				
	19. Psychiatric illness				
.3	Endocrine		20. Diabetes Mellitus		
			21. Hypothyroidism		
			22. Hyperthyroidism		
.4	Musculoskel		23. Osteoarthritis		
			24. Rheumatoid arthritis		
			25. S/p Hip Surgery		
.5	Respiratory		26. Chronic Lung Disease		
			27. Asthma		
.6	Renal		28. Renal Failure (acute or chronic)		
			29. Hemodialysis		
			30. Peritoneal dialysis		
.7	Oncological		31. Provide details		
.8	Other		32. Anemia		
			33. Malnutrition		
			34. Hypertension		
			35. Infectious Disease		
			36. Other (provide details)		
.9					

שם הרופא \_\_\_\_\_ המרפאה / בית חולים \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_  
 תאריך \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_



**16. מידע לצורך החלטה בזכאות לגמלת סיעוד** (אין חובה למלא דף זה)

ימולא על ידי אחות / עו"ס (קופ"ח / רווחה) המעוניינים למסור מידע, לגבי תובעי גימלת סיעוד הנמצאים בטיפולם, על סמך היכרות.

שם הזקן \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ מטפל עיקרי בזקן: שם: \_\_\_\_\_ קירבה \_\_\_\_\_ טל: \_\_\_\_\_

ימולא על ידי אחות קופ"ח		
ציון מי עוזר	סמן ✓ ליד התפקוד המתאים	
מצבי התנהגות חריגים ותכיפותם (כגון: נטיה לשוטטות ואיבוד דרך, הוצאה לא מבוקרת של כספים, הצתת אש, התמכרות לסם / אלכוהול, הזנחה עצמית, אספנות כפייתית, מצב משפחתי / חברתי חריג) פרט: _____	ניידות	<input type="checkbox"/> עצמאי
		<input type="checkbox"/> עצמאי עם מכשיר
		<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה
		<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית
		<input type="checkbox"/> נפילות
	הפרשות שליטה על סוגרים	<input type="checkbox"/> שליטה מלאה
		<input type="checkbox"/> שליטה חלקית
		<input type="checkbox"/> אי שליטה
		<input type="checkbox"/> משתמש במוצרי ספיגה
		<input type="checkbox"/> פיום (סטומה)
	הלבשה	<input type="checkbox"/> קטטר
		<input type="checkbox"/> עצמאי
<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית		
רחיצה	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	
	<input type="checkbox"/> עצמאי	
	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	
אכילה	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	
	<input type="checkbox"/> עצמאי	
	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	
מצב העור משקל	<input type="checkbox"/> פצע לחץ קשה לריפוי	
	<input type="checkbox"/> ירידה ניכרת במשקל	
<b>ביקור במרפאה:</b> <input type="checkbox"/> מגיע למרפאה בכוחות עצמו <input type="checkbox"/> מגיע למרפאה עם מלווה <input type="checkbox"/> הוגדר כמרותק ולא מגיע למרפאה <b>ציון תדירות וסיבה:</b> _____		
<b>תרופות:</b> <input type="checkbox"/> לוקח באופן עצמאי <input type="checkbox"/> לוקח באופן לא סדיר <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה: _____		
<b>ימולא על ידי אחות / עו"ס</b> סמן ב- ✓ את התפקוד המתאים		
התמצאות	<input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום	
	<input type="checkbox"/> הפרעה בזכרון	
	<input type="checkbox"/> הפרעה בהתמצאות	
שיתוף פעולה	<input type="checkbox"/> משתף פעולה	
	<input type="checkbox"/> משתף פעולה על ידי דרבון	
	<input type="checkbox"/> לא משתף פעולה	
תקשורת	<input type="checkbox"/> מבין ומדבר לעניין	
	<input type="checkbox"/> מבין אך מתקשה בדיבור	
	<input type="checkbox"/> לא ניתן לתקשר	
מצ"ב (אבחון, דו"ח חו"ד וכו') _____		

פרטי מוסר המידע: הארגון: \_\_\_\_\_ תפקיד: \_\_\_\_\_ שם: \_\_\_\_\_ טל: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_