



**תביעה למתן שיקום מקצועי
על פי חוק הביטוח הלאומי**

דברי הסבר

בהתאם לתקנות בדבר שיקום מקצועי, שיקום מקצועי ניתן במידה ונתמלאו התנאים הבאים:

א. בפגיעה בעבודה

- (1) דרגת נכות לפחות 10%.
- (2) עקב הפגיעה בעבודה הנפגעת אינו/ה מסוגלת יותר לעבודתו/ה הקודמת או לעבודה מתאימה אחרת שידעה לעשותה.
- (3) הנפגעת לדעת פקיד השיקום מתאים/מתאימה לשיקום מקצועי.

ב. בנכות כללית

- (1) נקבע עקב הליקוי לפחות 20% נכות.
- (2) אין הנכה מסוגלת יותר עקב הליקוי לעסוק בעבודתו/ה הקודמת או בעבודה מתאימה אחרת.
- (3) הנכה זקוק/ה להכשרה מקצועית שתאפשר לו/ה לחזור לעבודתו/ה הקודמת או לעבודה התואמת את כישוריו/ה לאחר אירוע הליקוי.
- (4) הנכה ניתן/ת לשיקום מקצועי.

ג. באלמנות (שאינם/תלויים)

- (1) קיצבת שאירים או תלויים משולמת לאלמן/ה, או לחילופין קבל מענק תלויים או שאירים באופן חד פעמי.
- (2) האלמן/ה נזקק/ת לדעת פקיד השיקום להכשרה או הסבה מקצועית ונמצא/ה מתאים/ה בשים לב לרמת השכלתו/ה, למצבו/ה הבריאותי ולכושרו/ה הגופני.
- (3) האלמן/ה חסר/ת מקצוע או שאינו/ה יכול/ה להתפרנס במקצועו/ה כדי מחייתו/ה.
- (4) האלמן/ה אינו/ה זכאי/ת להכשרה לפי חיקוק אחר.

לכבוד



המוסד לביטוח לאומי

סניף

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

מ.ז.

הריני מאשר קבלת תביעתך לשיקום מקצועי.

אין לראות באישור זה התחייבות של המוסד לאישור זכאותך לשיקום מקצועי.

חתימה

שם

תאריך

עמ' 3 מתוך 4

ג. נסיבות הפנייה

13. לנכים/ות: תאריך הפגיעה _____; פרט/י את המגבלות מהן אתה/את סובלת/תוצאה מהפגיעה / ממחלה:

14. לאלמנים/ות: תאריך ההתאלמנות _____; פרט/י אם אתה/את סובלת/ת ממגבלות רפואיות:

15. האם יש לך הצעות בקשר לשיקומך ואם כן מהן:

ד. הערות

אני מצהיר/ה בזה שכל הפרטים שנמסרו בתביעה זו הם נכונים ומלאים ואני מבקש/ת לאשר לי שיקום מקצועי.

חתימה

תאריך

לשימוש המשרד

החלטה בזכאות לשיקום

1. לנכים כלליים ונפגעי עבודה

% נכות _____ (משוקלל) צמיתה / זמנית / חלקה צמיתה / חלקה זמנית. *

לא למנות / אלמנים

א'. בר/ת קצבה ** : כן לא קבל מענק : כן לא

ב'. מס' הילדים עבורם משולמת תוספת קצבה * * * :

מסוגלת לחזור לעבודה קודמת / מתאימה כן לא הערות _____

2. זקוקה לשיקום כן לא הערות _____

3. מתאים/ה או ניתן/ת לשיקום כן לא הערות _____

4. החלטה בגין זכאות לשיקום* : זכאי נדחה

נימוקים להחלטה: _____

שם פקיד השיקום _____ חתימה _____ תאריך _____

שם מנהל/ת - מדריך/ת שיקום _____ חתימה _____ תאריך _____

שם מנהל/ת הסניף _____ חתימה _____ תאריך _____

שם הרופא _____ חתימה _____ תאריך _____

* שים לב שלא ניתן לחרוג באישור תוכנית השיקום מעבר לתקופה שלגביה אושרו אחוזי הנכות הרפואיים המזכים בשיקום.
* * לגבי אלמנה אם הקצבה או המענק לא אושרו, לא ניתן לאשר תוכנית שיקום.
* * * בחישוב דמי המחיה לאלמנה שישולמו בתקופת שיקום יובאו בחשבון מספר הילדים שהוגדרו כ"יתומים" לפי סעיף 90 לחוק, ומספר שעות הלימוד.