



עמוד 1 מתוך 4
לשימוש פנימי (סריקה)

חותמת הסניף ותאריך קבלה

**תביעה לקיצבת שירותים מיוחדים למבוטח
שאינו מקבל קצבת נכות**

לתשומת לב!

קיצבת שירותים מיוחדים לפי תקנה 10 ניתנת למבוטח שאינו מקבל קצבת נכות ונקבעה לו לפחות 75% נכות רפואית לשר"מ אם לשם ביצוע פעולות יום יום (כגון אכילה, רחצה, שליטה על הפרשות) הוא תלוי בעזרת הזולת במידה רבה וברוב שעות היממה.
מי שמקבל הטבות לפי הסכם ניידות יהיה זכאי לקיצבה לשירותים מיוחדים בנוסף להטבות בניידות אם הוא משתכר ונקבעה לו זכאות לקיצבת שירותים מיוחדים בשיעור של 100%; ועדה רפואית של משרד הבריאות קבעה לו מוגבלות בניידות בשיעור של 100% או נקבעה על-ידי אותה ועדה שהוא זקוק לכסא גלגלים ומשתמש בו. (תנאים נוספים לקבלת קיצבת שירותים מיוחדים לפי תקנה 10 א' בחוברת הסברה של המוסד ובתקנות).
מלא בדיוקנות את הטופס. לשאלה שאינן לך תשובה עליה העבר קו. היכן שמופיעות משבצות קטנות סמן לצד התשובה המתאימה.
פרטים על רקע כהה מיועדים לשימוש המוסד לביטוח לאומי.

א. פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מס' זהות	שוהה בישראל <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> עגוניה	מתאריך	גר במשק הבית עם: <input type="checkbox"/> בן זוג <input type="checkbox"/> ילד/ים מתחת לגיל 18 <input type="checkbox"/> אחר, פרט _____ <input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> ילד/ים מעל לגיל 18	מיקוד	
רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב
אצל	מספר טלפון	0	מספר טלפון נייד	
האם אתה מקבל מהמוסד לביטוח לאומי? קיצבת נכות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא קיצבת ניידות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם קבלת הלוואה עומדת לרכישת רכב ו/או הגשת במשך השנה האחרונה תביעה לקיצבת ניידות או להלוואה עומדת <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם אתה שוהה עכשיו או שהית בשנה החולפת במוסד <input type="checkbox"/> כן, שם המוסד _____ <input type="checkbox"/> לא		

ב. פרטים על תלות בזולת ופרטים אחרים

1. פרט פעולות יום - יום (כגון אכילה, רחצה, נקיון אישי וכד') שלביצוען אתה תלוי בעזרת אחרים _____
2. ציין במי אתה נעזר בביצוע הפעולות הנ"ל (בן משפחה, עזרה בתשלום וכד'): _____
3. פרט אביזרי העזר בהם הינך משתמש (כסא גלגלים, קטטר וכד'): _____
4. הגורמים שטיפלו בך בשנה החולפת (סמן ✓): <input type="checkbox"/> קופת חולים (ציין שם הקופה) _____ <input type="checkbox"/> הלשכה לשירותים חברתיים (סעד) <input type="checkbox"/> לשכת הבריאות <input type="checkbox"/> התחנה לבריאות הנפש
5. ציין תקופות אישפוז בשנה החולפת: _____ מתאריך _____ עד תאריך _____ שם בית - חולים / מוסד _____ <input type="checkbox"/> לא אושפזתי

עמוד 2 מתוך 4

ג. פרטים על תביעה לפיצויי נזיקין מצד שלישי

אם נכותך נגרמה כתוצאה מתאונה? ("תאונה" - תאונת דרכים או אחרת הנגרמת עקב רשלנות הזולת, תקיפה וכדומה)		
1. <input type="checkbox"/> לא (עבור לסעיף הבא) <input type="checkbox"/> כן - השלם הפרטים שלהן		
מקום אירוע התאונה	תאריך התאונה	2. <input type="checkbox"/> תאונת דרכים <input type="checkbox"/> 3. תאונה אחרת
האם נמסרה הודעה למשטרה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, לתחנת המשטרה ב- _____ מספר תיק _____		
האם הגשת או הינך עומד להגיש תביעה לפיצויי נזיקין <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, הנתבע הוא _____ תאריך הגשת התביעה _____		
שם עורך הדין המייצג אותך בתביעה _____ מענו _____ מס' טלפון _____		
האם קיבלת פיצויי נזיקין בגין התאונה <input type="checkbox"/> טרם קיבלתי <input type="checkbox"/> קיבלתי פיצויים מ- _____ בתאריך _____		

ד. פרטים על הנכות והאישפוזים

פרטים על הליקויים (מחלות / מומים) והטיפול הרפואי (רשום את כל הליקויים בגללם נפגע כושרך לעבוד / לעקרת- בית לתפקד במשק הבית)

החולים - ציין שם בית החולים	נסיבות הווצרות הליקוי שירות בטחוני, פגיעה בעבודה, פעולת איבה/ספר, מלחמה ורדיפות הנאצים, אסירי ציון, אחר (פרט):	החמרה - לאחר תחילת הליקוי אם כן - ממתני? אם לא - ציין "לא"	תאריך תחילת הליקוי	הליקוי (המחלה / המום) (תיאור מלא של הליקוי)
				1.
				2.
				3.
				4.
				5.
				6.

עמוד 3 מתוך 4

ה. הכנסות התובע
היום וב- 12 החודשים האחרונים (צרף אישורים)

ב- 12 החודשים האחרונים	היום	ההכנסות ומקורותיהן
		מעבודה (יש/אין)
		פנסיה ממקום העבודה אם יש - רשום את שם הגורם המשלם ומענו
		קיצבה / רנטה מחו"ל (כן / לא)
		משרד הביטחון אם יש - רשום מס' התיק
		משרד האוצר אם יש - רשום סוג הגימלה ומס' התיק
		מצה"ל
		הסוכנות היהודית
		גורם ציבורי אחר אם יש פרט שם ומען
		גימלאות מביטוח לאומי (כן/לא)
		רכוש / שכ"ד / ריבית / דיוונד קרנות - גמל, ביטוח חיים (רשום איזה, וסכום חודשי בש"ח היום
		האם משותף לשני בני-הזוג (כן / לא)

פרט גימלאות ביטוח לאומי המשולמות לך היום או ב- 24 החודשים האחרונים: _____
האם נקבעו לך בעבר אחוזי נכות 20% או יותר בגין פגיעה בעבודה? כן לא

למילוי על-ידי סניף המוסד לביטוח לאומי

הדווח הוא O.L ע"ב מסך 112 בשאלתא 24

מספר זהות _____

הקש 17 - PF לפתיחת חלון הזרמה טופס 50 תאריך קבלת התביעה _____

אומת על-פי: תעודת זהות התובע נתונים מאומתים בתיק תביעה

נכות מתאונה _____ תאריך התאונה _____

הקש 13 - PF כשתווין ממוקם בשדה המבוקש לפתיחת חלון קודים

פקיד התביעות _____ חתימה _____

ו. פרטי בנק

תשלומים שיגיעו לי אבקש להעביר לזכות חשבוני בבנק כמפורט להלן:
שם הבנק _____ שם הסניף _____ מען הסניף _____
מספר החשבון _____ החשבון מתנהל על-שם: התובע אחר, פרט: _____

אני החותם מטה תובע קצבה לשרותים מיוחדים ומצהיר בזה כי כל הפרטים בתביעה ובצרופיה הם נכונים. אם יחול שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו הנני מתחייב להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. ידוע לי כי בהתאם לחוק, אדם אשר גרם במירמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה, או להגדלתה על-ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבונני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין.

ידוע לי כי לצורך בדיקת זכאותי לשרותים מיוחדים, ובכפוף להחלטת המוסד, יהיה עלי להבדק מחדש לעניין אחוזי נכותי הרפואיים, וכי אלה עשויים להשתנות (לרבות הפחתתם) בעקבות בדיקה זו.

(יסומן ב- ✓ ויחתם ע"י התובע בצד שני ה- x) כאשר עובד המוסד ממלא את הטופס התביעה. כל הפרטים הרשומים בתביעה הוקראו באוזני ואני מאשר בזה כי הם תואמים את הפרטים שמסרתי בע"פ.

חתימה **x** _____

תאריך _____ חתימת התובע **x** _____

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע רשום: ↓

שם העד _____ מספר זהות _____ חתימת העד _____

חתום גם על שלושה טפסי ויתור סודיות



המוסד לביטוח לאומי

סניף _____

לכבוד _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ, מס' זהות _____

בעל פנקס חבר מספר _____ שם האב _____

הגר ב- _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי. תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

חתימה **x** _____

המוסד לביטוח לאומי

סניף _____

לכבוד _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ, מס' זהות _____

בעל פנקס חבר מספר _____ שם האב _____

הגר ב- _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי. תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

חתימה **x** _____



המוסד לביטוח לאומי

ביטוח נכות

סניף _____

לכבוד _____

מספר תיק במוסד _____

ג'מלה	מספר זהות	קידומת
ס"ב	ב"ל	

אישור קבלת תביעה לקיצבת שרותים מיוחדים

הרינו לאשר בזאת שקיבלנו את תביעתך לקיצבת שרותים מיוחדים. הרינו להביא לידיעתך כי הטיפול בתביעה הוא מורכב וממושך ואנו מבקשים שיתוף פעולה מצידך לתשומת לבך - עליך להודיענו מיד ובכתב על כל שינוי שיחול לגבי הפרטים שמסרת עליהם בטופס התביעה.

בכבוד רב,

תאריך _____ פקיד תביעות

המוסד לביטוח לאומי

סניף _____

לכבוד _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ, מס' זהות _____

בעל פנקס חבר מספר _____ שם האב _____

הגר ב- _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי. תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

חתימה **x** _____

