



## תביעה לקצבת נכות כללית והצהרה למחלקת הביטוח והגביה

על פי חוק הביטוח הלאומי

### בעת הגשת התביעה (טופס מס' 1 שבערכה) יש למלא ולצרף את המסמכים הבאים:

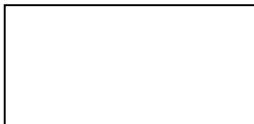
1. טופס לרופא המשפחה בקופ"ח (טופס מספר 4 שבערכה). אנא בקש מהרופא שימלא טופס זה\*. כמו כן צרף תעודות רפואיות אחרות, סיכומי מחלה מבתי - חולים וכן תוצאות בדיקות, צילומי רנטגן ו- C.T. שנערכו ב-15 החודשים האחרונים.  
\* חולה שבידו אישור רפואי של האגודה למלחמה בסרטן ימציא האישור במקום הטופס לרופא המשפחה (טופס מספר 4).

### **ללא אישורים רפואיים לא ניתן לקבוע הזכאות לקצבת נכות.**

2. הצהרה על עבודה והכנסות - טופס מספר 2 שבערכה. (הטופס מחובר לטופס מס' 1).
3. הצהרה והודעה למחלקת הביטוח והגביה (טופס מספר 3 שבערכה). אם תקופה כלשהי ב-5 השנים האחרונות היית עובד עצמאי או לא עבדת אנא מלא טופס זה. (טופס מס' 3 מחובר לטופס מס' 1).
4. אישור על העסקת עובד שכיר ושכר עבודה (טופס מספר 5 שבערכה). אם עבדת תקופה כלשהי ב-15 החודשים האחרונים אנא מסור טופס זה לידי המעביד (האחרון), בקש ממנו למלא הטופס וצרף אותו לתביעה. אם בלתי אפשרי לחלוטין לפנות למעביד, צרף תלושי שכר עבור התקופה החל מ-18 חודשים לפני תחילת המחלה / הפגיעה ועד היום. כמו כן יש לצרף גם את הודעת המעביד על הפסקת עבודה (מכתב הפיטורין).
5. אישורים על דמי מחלה / אי כושר / נכות ששולמו לך ב-15 החודשים האחרונים מהמעביד, מקרן ביטוח, מקופת גמל או מחברת ביטוח.
6. עליך לצרף המחאה ריקה של חשבון הבנק המתנהל על שמך כשעל גבי המחאה עליך לרשום "מבוטל". לחילופין, תוכל לצרף צילום של המחאה מבוטלת וצילום של כרטיס אשראי. אפשרות נוספת היא במקום המחאה להמציא מהבנק בו מתנהל חשבונך אישור מתאים על היותך בעל החשבון. אישור זה עליך לצרף לתביעה. אישור שהוצא מכספומט, עמדת שירות או אינטרנט - יתקבל כאישור בנק.

**לתשומת לב:** קביעת הזכאות לקצבת נכות היא ממושכת והתשלום מתחיל רק לאחר 90 ימים לפחות מתחילת הנכות. לכן, מי שאין לו ולבן / בת זוגו הכנסות, יכול לפנות להבטחת הכנסה בסניף כדי שתיבדק זכאותו לגמלת הבטחת הכנסה לתקופת ההמתנה. הבטחת הכנסה משולמת לזכאי לה לא לפני ה-1 בחודש בו מוגשת התביעה להבטחת הכנסה.

קצבת נכות ניתן לשלם לתקופה רטרואקטיבית עד 12 חודשים לפני הגשת התביעה.



חותמת ותאריך קבלה

## תביעה לקצבת נכות כללית

על-פי חוק הביטוח הלאומי

### א. פרטי התובע

שם משפחה		שם פרטי		שם משפחה בלועזית (אנגלית)*		שם פרטי בלועזית (אנגלית)*	
שם האב		תאריך לידה		מספר זהות ס"ב			
מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		ארץ לידה <input type="checkbox"/> ישראל <input type="checkbox"/> אחרת <input type="checkbox"/>		תאריך עלייה		מצב משפחתי	
						<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> ידוע/ה בציבור <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרוש/ה <input type="checkbox"/> עגון/ה	
רחוב		מספר בית		כניסה		דירה	
						יישוב	
						מיקוד	
						תא דואר	
						מיקוד תא דואר	
מספר טלפון		מספר טלפון נייד		מספר פקס			
0		0		0			

\* אם ברשותך דרכון ישראלי רשום את שמך לפי הרישום בדרכון. המידע דרוש לתעודת נכה.

### השכלה

א. ס"ה שנות לימוד בבית - ספר (כולל אוניברסיטה) \_\_\_\_\_

ב. בית הספר האחרון בו למדת: \_\_\_\_\_ שם בית הספר  
 \_\_\_\_\_ שם היישוב

ג. קורסים בהם למדת: (1) \_\_\_\_\_ שם הקורס  
 \_\_\_\_\_ משך הלימודים  
 (2) \_\_\_\_\_ שם הקורס  
 \_\_\_\_\_ משך הלימודים

**ב. פרטים על הנכות, אישפוזים וגורמים מטפלים**

**1. פרטים על הנכות**

תאר את כל המחלות והבעיות הרפואיות שלך, ציין מمتי אתה סובל מהן וצרף אישורים רפואיים שברשותך. שאלון מיוחד למילוי על-ידי הרופא המטפל מצורף לטופס זה.

החמרה מתאריך	התחיל מתאריך	תאור המחלה / הליקוי
		(1)
		(2)
		(3)
		(4)

**2. פרטים על קופת החולים בה הינך מטופל ועל רופא המשפחה**

שם הקופה \_\_\_\_\_ שם המרפאה וכתובתה \_\_\_\_\_

שם רופא המשפחה שלך: ד"ר \_\_\_\_\_ כתובת המרפאה: \_\_\_\_\_

**3. רופאים נוספים המטפלים בך או טיפלו בך בעבר**

רשום שמות רופאים נוספים המטפלים בך וכתובתם. אם הטיפול הוא במרפאה מקצועית / מחלקה של קופ"ח או של בית-חולים - רשום את שם המרפאה / מחלקה וכתובתה. אם ידועים לך מספרי הטלפון רשום גם אותם.

\_\_\_\_\_ (1)

\_\_\_\_\_ (2)

\_\_\_\_\_ (3)

\_\_\_\_\_ (4)

**4. האם אושפזת בבית - חולים?  לא  כן - רשום את שם בית החולים והמחלקה בה אושפזת**

שם בית החולים: (1) \_\_\_\_\_ המחלקה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (2)

\_\_\_\_\_ (3)

**5. האם פנית לאחד מהגורמים הבאים:**

למשרד הבטחון בגלל פגיעה בשרות צבאי?  לא  כן

למשרד האוצר בגלל מלחמה / רדיפות הנאצים?  לא  כן

ביטוח לאומי לענף נפגעי עבודה, נפגעי איבה או אסירי ציון?  לא  כן, \_\_\_\_\_

פרט

### ג. עיסוק ועבודה, הכנסות מעבודה ותשלומים אחרים

1. האם עבדת ב-5 השנים האחרונות?

לא עבדתי בכלל, הסיבה - \_\_\_\_\_ עבור לחלק ד' למטה

עבדתי ואני לא עובד היום, הפסקתי לעבוד בתאריך \_\_\_\_\_ הסיבה \_\_\_\_\_

עבדתי ואני עובד היום

2. התאריך בו עקב הנכות צומצמה הכנסתך מעבודה \_\_\_\_\_

### 3. פרטים על עבודה

רשום הפרטים הבאים על כל עבודותיך ב-5 השנים האחרונות.

סיבת הפסקת העבודה או השינוי	מס' שעות עבודה ביום / היקף משרה	תקופת העבודה		שם מקום העבודה כתובתו ומספרי טלפון / פקס
		עד תאריך	מתאריך	
				(1) (עבודה היום או עבודה אחרונה):
				(2)
				(3)
				(4)

### 4. תשלומים בשל מחלה

א. האם ב-15 החודשים האחרונים קבלת / או תקבל דמי מחלה עבור תקופות בהן לא עבדת?

לא

כן ←  מהמעביד /  מקרן ביטוח \_\_\_\_\_ (צרף אישורים ומסמכים כמפורט בעמוד הראשון)

ב. האם ב-15 החודשים האחרונים קבלת / או תקבל תשלום כלשהו מחב' ביטוח עקב מחלה?

לא

כן ← שם חב' הביטוח: \_\_\_\_\_ (צרף אישור, וכן העתק מפוליסת הביטוח)

**ד. פרטים אחרים**

**1. העברת תשלומים**

תשלומים שיגיעו לי אבקש להעביר לזכות חשבון הבנק כמפורט להלן:

שם הבנק \_\_\_\_\_ מען \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_  
הסניף \_\_\_\_\_ הסניף \_\_\_\_\_ החשבון \_\_\_\_\_

החשבון מתנהל על שמות:  התובע  אחר, פרט: שם \_\_\_\_\_

יחס קרבה לתובע \_\_\_\_\_ (שותף לחשבון הבנק, יחתום על התחייבות בסעיף 4 ב' בעמ' 5)  
(בן / בת זוג, בן / בת, הורה, סב, אח/ות)

**2. פרטי מגיש התביעה** - ימולא אם וכאשר התובע אינו מסוגל להגיש התביעה בעצמו עקב מצבו הבריאותי

שם מגיש התביעה \_\_\_\_\_ מספר הזהות \_\_\_\_\_

מען מגורים (כולל מיקוד) \_\_\_\_\_

מספרי טלפון: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ פקס \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**פרטים על יפוי כח / צו אפוטרופסות / פסק דין:** אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצרף העתק: \_\_\_\_\_

**3. הסכמה לקביעת רופא ללא נוכחות** - חתום למטה אם אתה מעוניין שהנכות הרפואית תקבע לפי מסמכים בלבד

אני מסכים בזה שרופא יקבע את אחוזי נכותי הרפואית לפי מסמכים בלבד ומבלי לזמן אותי לבדיקה רפואית.

ידוע לי שלמרות הסכמתי זו יהיה עלי להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

חתימת התובע X \_\_\_\_\_

**שים לב:** עליך לחתום בעמוד 5 על ההצהרה ועל 3 ויתורי הסודיות.

4. הצהרת התובע / מגיש התביעה / שותף לחשבון הבנק (למעט לחבר קבוצ / מושב שתופי) חשבון הבנק חייב להיות ע"ש התובע, אפשרי שותף/ים בחשבון)

❖ א. אני החתום מטה תובע קצבת נכות ומצהיר בזה כי כל הפרטים בתביעה ומצרופיה הם נכונים  
 אם יחול שינוי באחד מהפרטים שמסרתי בתביעה זו אני מתחייב להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 6 חודשים.  
 ידוע לי כי בהתאם לחוק, אדם אשר גרם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה, או להגדלתה על-ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

(יסומן ב- ✓ כאשר עובד המוסד ממלא את טופס התביעה) כל הפרטים הרשומים בתביעה הוקראו באוזני ואני מאשר בזה כי הם תואמים את הפרטים שמסרתי בע"פ לעובד המוסד.

❖ ב. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי כח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה. אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת התובע / או מגיש התביעה X: \_\_\_\_\_

(התחייבות שותף בחשבון הבנק לגבי סעיף ב.): שם: \_\_\_\_\_ מספר זהות: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה X: \_\_\_\_\_

אם התביעה נחתמה בתביעת אצבע, ציין: \_\_\_\_\_

שם העד \_\_\_\_\_ מספר זהותו \_\_\_\_\_ חתימת העד \_\_\_\_\_

מלא וחתום על טפסי ויתור הסודיות שלהלן:

**ויתור סודיות רפואית**

לכבוד \_\_\_\_\_

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

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 שיידרש על ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה X: \_\_\_\_\_

**ויתור סודיות רפואית**

לכבוד \_\_\_\_\_

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

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 שיידרש על ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה X: \_\_\_\_\_

**ויתור סודיות רפואית**

לכבוד \_\_\_\_\_

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

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 שיידרש על ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה X: \_\_\_\_\_

## הצהרה על עבודה, הכנסות ופרטים אחרים

א.ג.נ.

קצבת הנכות אפשר שתכלול תוספת עבור בן/בת זוג ושני ילדים. תוספת זו מותנית בהכנסות הנכה ובהכנסות בן/בת הזוג. כדי לבחון את זכאותך לתוספת הינך מתבקש/ת להשיב לשאלון זה, ולהחזירו בהקדם למחלקת הנכות בסניף הביטוח הלאומי שבאזור מגוריך. בשאלון גם פרטים על תאונה הדרושים למוסד לשיפוי מחברת הביטוח.

מסמכים שעליך לצרף לשאלון זה בעת הגשתו מסומנים להלן.

הדוח בשאלון והאישורים הם ל-12 החודשים האחרונים.

1. צרף אישורים על הכנסותיך שלא מעבודה בתקופה הרשומה למעלה;
2. צרף אישורים על הכנסות בן/בת זוגך מעבודה ולא מעבודה כמפורט בתקופה הרשומה למעלה (אם אין באפשרותך לדווח על הכנסות בן/בת הזוג, רשום הסיבות לכך בחלק ג' של הטופס בשורת הערות);
3. צרף אישורים על הכנסותיך מעבודה ב-3 החודשים האחרונים;
4. אם ב-12 החודשים האחרונים היה לך ילד בגיל 18-22 שלמד או שירת בצבא, כלהלן:
  - \* למד במוסד על יסודי מוכר - יש להמציא אשור המוסד בו למד.
  - \* שירת בשירות סדיר - יש להמציא אישור מטעם השלישות בו יצוין תאריך גיוס ותאריך שחרור משוער (אם זו בת שבשירות לאומי - אישור מהגורם המטפל בהתנדבות שירות).
  - \* שוחר במסגרת קדם צבאית, עתודאי, או מתנדב בשנת שירות, רשום שם הילד \_\_\_\_\_ המוסד לביטוח לאומי יפנה ישירות לגורמים המתאימים לקבלת אישור.
5. אחר \_\_\_\_\_

עליך להודיע לנו על כל שינוי במצבך הרפואי, התעסוקתי (עבודה)/בהכנסותיך וכן על כל שינוי בהכנסות בן/בת זוגך.

**הצהרה על עבודה הכנסות ופרטים אחרים**

שם התובע (משפחה ופרטי) \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_

הצהרה על עבודה, והצהרה על הכנסות ב-12 החודשים האחרונים (סמן ✓, השלם הפרטים וצרף אישורים)

בן/בת זוג	נכה	עבודה
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן צרף 3 אישורי שכר אחרונים	1. עובד/ת היום
		2. שם המעביד האחרון, כתובתו ומספר טלפון
_____ טלפון	_____ טלפון	3. הכנסת בן/בת זוג ב-12 החודשים האחרונים: א. מעבודה: ב. מדמי מחלה
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין		<b><u>דמי מזונות</u></b>
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	4. דמי מזונות המשולמים לא ע"י ביטוח לאומי 5. פנסיה בישראל (לא כולל מביטוח לאומי) 6. פנסיה או רנטה מחו"ל 7. תגמול ממשדד הבטחון
_____ ציין איזה	_____ ציין איזה	(לנכים, אלמנות, הורים שכולים)
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	8. תגמול מהאוצר לנכי רדיפות / מלחמה בנאצים 9. תשלומים מחברת ביטוח 10. פיצוי עקב נכות -
		אם יש, ציין הגורם המשלם 11. תשלומים שטרם שולמו (פנסיה, ביטוח)
		<b><u>הכנסה הונית:</u></b> 12. הכנסה מריבית, דיבידנד, תוכנית חיסכון
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<b><u>הכנסה מרכוש:</u></b> 13. מהשכרת בית / דירה / מבנה 14. ממשק / נכס חקלאי מוחכר 15. מעסק שאינו עובד בו 16. מרכב מושכר (מונית, טנדר וכו') 17. מרכוש אחר
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<b><u>הכנסה ממקור אחר:</u></b> 18. רשום מקור ההכנסה וצרף אישור
<p align="center"><b>צרף אישורים ל-12 החודשים האחרונים</b></p>		



**ב. פרטים אחרים**

פרטי בן/ת זוג

1. שם משפחה ופרטי \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_

2. מגורים:  עם התובע  אחר, פרט כתובת וטלפון \_\_\_\_\_

3. האם אתה משלם מזונות לפי פסק דין לא על ידי ביטוח לאומי:  לא  כן

**למוסד לביטוח לאומי מידע על ילדיך הרשומים במשרד הפנים ולכן איננו מבקשים פרטים עליהם**

4. השלם פרטים על ילדים חורגים עד גיל 22 ועל נכדים עד גיל 22 שכל פרנסתם עליך התובע:-

מספר זהותו	תאריך לידה שנה / חודש / יום	שם פרטי	שם משפחה	יחס קרבה: ילד חורג / נכד
				1.
				2.
				3.

5. פרטים על תביעה לפיצויי נזיקין מצד שלישי

האם נכותך נגרמה מתאונה? (תאונה: תאונת דרכים או אחרת הנגרמת עקב רשלנות הזולת, רשלנות רפואית, תקיפה, וכדומה):

לא  כן סוג התאונה:  דרכים  אחרת תאריך התאונה: \_\_\_\_\_

מקום אירוע התאונה ונסיבותיה \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

נמסרה הודעה למשטרה ב- \_\_\_\_\_ מספר התיק \_\_\_\_\_ /  לא נמסרה הודעה למשטרה

האם הגשת / תגיש תביעה לפיצויי נזיקין  לא  כן, הנתבע הוא \_\_\_\_\_

שם עורך הדין המייצג אותך בתביעה \_\_\_\_\_ מענו \_\_\_\_\_

מס. טלפון \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_ פקס \_\_\_\_\_

**ג. הצהרה וחתימה**

אני מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומלאים והריני מאשר אותם בחתימת ידי.  
ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים מהווה עבירה על החוק.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת הנכה \_\_\_\_\_ חתימת בן/בת הזוג \_\_\_\_\_



חותמת סניף ותאריך קבלה

**הצהרה והודעה על שינויים למחלקת הביטוח והגביה**

מלא הטופס אם תקופה כלשהי ב-5 השנים האחרונות היית עובד עצמאי או שלא עבדת (פרטי העסק בסעיף 2 וסעיף 3 ימלא רק מי שהיה עובד עצמאי)

1	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב
				שם האב

מען מגורים:

2	רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	תא דואר
0	מספר טלפון	0	מספר טלפון נייד	0	מספר פקס		

0	שם העסק	מספר תיק ניכויים	מספר טלפון
---	---------	------------------	------------

מען העסק:

0	רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	מספר פקס
---	------	----------	-------	-------	----------

3

עיסוק או מקצוע אחרון: \_\_\_\_\_ תאריך תחילת עבודה כעצמאי: \_\_\_\_\_

מס' שעות עבודה ממוצע לשבוע: \_\_\_\_\_ החל מ- \_\_\_\_\_ מס' תיק ניכויים / מעביד: \_\_\_\_\_ רשום תאריך \_\_\_\_\_

הפסקתי לעבוד מתאריך \_\_\_\_\_  צמצמתי את היקף עבודתי מתאריך \_\_\_\_\_

הסיבה: \_\_\_\_\_

אני ממשיך לעבוד בהיקף מלא.

העסק:  נסגר  נמכר  הושכר  בתאריך: \_\_\_\_\_ (צרף אישור מתאים)

הכנסות ב-5 שנים אחרונות כולל שנה נוכחית (שוטפת) (צרף שומות מס הכנסה שברשותך)

4	ההכנסה השנתית בש"ח ב-5 שנים אחרונות		מספר חודשים	חודש ראשון	שנת מס
	ריבית, השכרה, רכוש, פנסיה, גמלה	מעסק, משלח-יד, חקלאות			
					שנה שוטפת

הריני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים, ידוע לי שפרטים אלה יועברו לשימוש מחלקת הביטוח והגביה. כן ידוע לי כי לפי סעיף 239 לחוק המוסר הצהרה כוזבת או מעלים עובדות בעלות חשיבות לענין זה עובר על החוק.

(יסומן ב- ✓ כאשר עובד המוסד ממלא את טופס ההצהרה) כל הפרטים הרשומים בתביעה הוקראו באוזני ואני מאשר בזה כי הם תואמים את הפרטים שמסרתי בע"פ לעובד המוסד.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם החותם: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

(עמוד זה לשימוש המוסד לביטוח לאומי)

אל מחלקת הביטוח והגביה, סניף \_\_\_\_\_

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מספר זהות ס"ב
----------	---------	--------	------------------

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
------	----------	-------	------	-------	-------

מספר טלפון	מספר טלפון נייד
---------------	-----------------------

הנייל עבד כשכיר:

1. מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ לפי אישור המעביד  לפי ההצהרה בתביעה בלבד

שם המעביד ומספר תיק הניכויים שלו: \_\_\_\_\_

2. מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ לפי אישור המעביד  לפי ההצהרה בתביעה בלבד

שם המעביד ומספר תיק הניכויים שלו: \_\_\_\_\_

3. מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ לפי אישור המעביד  לפי ההצהרה בתביעה בלבד

שם המעביד ומספר תיק הניכויים שלו: \_\_\_\_\_

4. מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ לפי אישור המעביד  לפי ההצהרה בתביעה בלבד

שם המעביד ומספר תיק הניכויים שלו: \_\_\_\_\_

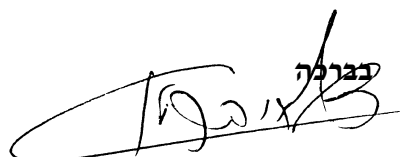
תאריך: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ שם וחתימת פקיד תביעות: \_\_\_\_\_



לכבוד  
רופא מטפל בקופ"ח / מרפאה

ד"ר נכבד/ה

המוסד לביטוח לאומי ערך בדיקה מקיפה בנושא גמלת נכות והתברר, כי הזכאות לגמלה ומשך הטיפול בקביעת הזכאות, מבוססים בעיקר על ידיעת מצבו הרפואי של התובע.  
נודה לך איפוא אם תסייע לחולה שבטיפולך ותמלא במפורט את הטופס המצורף ותחזירו אלינו באמצעות החולה.  
רופא סניף הביטוח הלאומי (בנושא נכות כללית) ישמח לעמוד לרשותך בכל שאלה או הבהרה שתדרש.  
**אם ברשותך תעודה ממוחשבת ובה המידע הרפואי העדכני המבוקש אנא צרף אותה במקום הטופס המצורף.**  
**אם יש מקום להשלמת פרטים נודה לך על כך.**

  
דבורה  
היועצת הרפואית  
המוסד לביטוח לאומי

בל/ 7801 (09.2007) טופס מס' 4

בספח לתלישה טופס ויתור סודיות רפואית המיועד לתיק קופ"ח.  
(יש לבקש מהחולה למלאו ולחתום עליו)

ויתור סודיות רפואית

לכבוד קופ"ח \_\_\_\_\_

מרפאת \_\_\_\_\_

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

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 שיידרש על ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת התובע (החולה) X: \_\_\_\_\_

תעודה רפואית עבור המוסד לביטוח לאומי

שם קופת החולים \_\_\_\_\_ סניף / מרפאה \_\_\_\_\_ מס' טלפון \_\_\_\_\_ מס' פקס \_\_\_\_\_

החולה:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

## 1. האבחנות

מס'	האבחנה	משנת
.1		
.2		
.3		
.4		
.5		
.6		

## 2. אישפוזים ב- 3 השנים האחרונות

שם המחלקה	שם בית החולים	
		.1
		.2
		.3
		.4

## אנא מסור עבורנו לידי החולה (התובע) העתקים מסיכומי המחלה הרלבנטיים

## 3. טיפול תרופתי נוכחי

שם התרופה	מינון	
		.1
		.2
		.3
		.4
		.5

## 4. לחולים הסובלים מיתר לחץ דם או ממחלות לב

❖ מדידות לחץ דם בחצי השנה האחרונה 1. 2. 3. 4. 5. 6.

❖ היפרטרופיה של החדר השמאלי: כן / לא, לפי: 1. אק"ג מיום \_\_\_\_\_

2. צילום חזה מיום \_\_\_\_\_

❖ ממצאי בדיקת מאמץ מיום \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_

לתשומת לב: חתימת הרופא בעמוד האחרון בטופס

מס' זהות \_\_\_\_\_

❖ ממצאי בדיקת אקו לב מיום \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. לחולים הסובלים מסכרת

❖ ממתי סובל מסכרת? \_\_\_\_\_

❖ ערכי סוכר הדם בחצי השנה האחרונה \_\_\_\_\_

❖ ערכי HbA1C \_\_\_\_\_

❖ סיבוכים (עיניים, כליות, מערכת העצבים) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

אנא צרף חוות דעת של רופאים מקצועיים המתייחסות לסיבוכי הסכרת

6. לחולים הסובלים ממחלת כליות כרונית

❖ תוצאות בדיקת מעבדה אחרונות:

\_\_\_\_\_ ספירת דם

\_\_\_\_\_ בדיקת שתן כללית

\_\_\_\_\_ חלבון בשתן של 24 שעות

\_\_\_\_\_ פינוי קריטינין CCT

Creatinine: \_\_\_\_\_ Urea: \_\_\_\_\_

❖ תוצאות בדיקת US כליות מיום \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

❖ תוצאות IVP מיום \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. לחולים הסובלים ממחלת ריאות כרונית

❖ תוצאות צילום חזה אחרון מיום \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

❖ תוצאות תפקודי נשימה מיום \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

מס' זהות \_\_\_\_\_

8. לחולים הסובלים מכיפיון (Epilepsy)

- ❖ סוג ההתקפים \_\_\_\_\_
- ❖ תדירות ההתקפים מכל סוג \_\_\_\_\_
- ❖ רמת התרופות בדם מיום \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_
- ❖ תוצאות EEG אחרון מיום \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_
- ❖ תוצאות CT מוח מיום \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

9. לחולים המקבלים טיפול כימותרפי או קרינתי

- ❖ מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה (ירידה במשקל, תלונות אחרות)? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ ותאריך אבחון המחלה \_\_\_\_\_
- ❖ תחילת הטיפול בתאריך \_\_\_\_\_ סיום הטיפול בתאריך (או תאריך משוער) \_\_\_\_\_
- ❖ סוג הטיפול \_\_\_\_\_
- ❖ תדירות ומשך הטיפול \_\_\_\_\_

10. תוצאות בדיקות אחרות (הדמיה, EMG, תפקודי כבד, בלוטת התריס, וכו')

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. מידע נוסף במרפאה מקצועית

אין  יש - שם המרפאה, כתובתה, שם הרופא המטפל ומס' טלפון \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. הערות

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

תאריך: _____	שם הרופא: _____	חתימה: _____
--------------	-----------------	--------------

טופס זה מיועד למילוי ע"י המעביד של תובע גימלה

המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות

ביטוח נכות

סניף \_\_\_\_\_

נכבדי,

נדרשים לנו פרטים בקשר לתביעה שהוגשה למוסד לביטוח לאומי.  
נודה לך אם תשלם את פרטי הטופס הרצוי"ב.

חלק ב' שעל גב הטופס אנו מבקשים למלא רק למי שעבד לאחר שחלה / שנפגע. לגביו יש למלא הפרטים לתקופה החל מ- 18 חודש לפני תחילת המחלה / הפגיעה ועד היום (או עד התאריך בו פרש מהעבודה).

בתודה על שיתוף הפעולה





**אישור על העסקת עובד ושכר עבודה**

**חלק א'**

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מספר זהות ס"ב

הנתונים על עבודת הנ"ל אצלנו הם כלהלן:

**1. תקופת העבודה (הכוללת):**

- א. תחילת עבודה ביום \_\_\_\_\_ הפסקת עבודה בפועל ביום \_\_\_\_\_ הסיבה \_\_\_\_\_
- ב. פרישה סופית מעבודה ביום\* - \_\_\_\_\_
- ג. ממשיך לעבוד
- (\*תאריך ניתוק יחסי עובד מעביד)

**2. פרטים על היקף המשרה:**

- א. עבד במשרה חלקית:  לא;  כן - מתאריך \_\_\_\_\_ שיעור חלקיות המשרה \_\_\_\_\_
- ב. הסיבה לעבודה החלקית: \_\_\_\_\_
- ג. האם שולמו השלמות לשכר המשרה החלקית: \_\_\_\_\_
- ד.  לא  כן מהות התשלום: \_\_\_\_\_ לתקופה מ- \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_

**3. לעובדים היום**

- א. סוג העבודה והתפקיד הנוכחי \_\_\_\_\_

**4. דמי מחלה**

- א. ב- 15 החודשים האחרונים שולמו לנ"ל דמי מחלה:  לא  כן

**דמי מחלה שולמו לתקופות:**

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	מתאריך
						עד תאריך

- ב. יתרת ימי מחלה שלא נוצלו \_\_\_\_\_ ימים.

- ג. תשלום דמי המחלה הוא ע"י קרן \_\_\_\_\_

**5. תשלומים אחרים**

- א. האם שולמו (למעט דמי מחלה) תשלומים כלשהם מיום הפסקת העבודה בפועל ועד ליום הפרישה (עד ניתוק יחסי עובד מעביד):  לא  כן
- ב. האם בוטח לעניין אי כושר בחברת ביטוח?  לא  כן, שם החברה \_\_\_\_\_
- פרט: מהות התשלום \_\_\_\_\_ לתקופה מ- \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_

**6. פרישה לפנסיה**

- א. הנ"ל פרש לפנסיה:  לא  כן, מיום \_\_\_\_\_; הפנסיה משולמת מקרן \_\_\_\_\_

שם המעביד: _____ מספר תיק: _____
כתובת המעביד: _____
תאריך _____ שם החותם _____ תפקידו _____ וחותרת המפעל _____ חתימה

## פרטים על עבודה ושכר ב-24 החודשים האחרונים

הפרשים או תוספות שנכללו בשכר (כגון: דמי הבראה, ביגוד, משכורת 13 וכיוצ"ב)			סה"כ שכר ברוטו (1) (ללא דמי מחלה)	סכום דמי מחלה	שולמו דמי מחלה (כן / לא)	שיעור משרה (מלא/ חלקי)	חודש	שנה	מס' סידורי
מהות התשלום	מתייחס לתקופה מ- עד	הסכום							
									1
									2
									3
									4
									5
									6
									7
									8
									9
									10
									11
									12
									13
									14
									15
									16
									17
									18
									19
									20
									21
									22
									23
									24

הערות: (1) כולל גם רכיבי שכר שאינם חייבים בתשלום דמי ביטוח. דמי מחלה ששולמו ע"י המעביד או ע"י קרן ביטוח - אין לכלול בשכר ברוטו.

הערות המעביד: