



תביעה לקצבת שירותים מיוחדים למקבל קצבת נכות ותביעה לגמלה מיוחדת לעולה חדש

חובה לצרף לטופס זה

אישורים רפואיים עדכניים על המצב הרפואי.

לידיעתך

קצבת שירותים מיוחדים ניתנת לנכה שנקבעה לו דרגת נכות רפואית של 60% לפחות והוא מקבל קצבת נכות, ובנוסף הוא זקוק לעזרה רבה מאדם אחר באכילה, הלבשה, רחצה והגינה אישית.

מי שמקבל קצבת ניידות בשיעור של 100% ונקבע שהוא זקוק לכסא גלגלים, יכול בתנאים מסוימים לקבל בנוסף גמלה לשירותים מיוחדים.

על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 6 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.

כיצד יש להגיש את התביעה

את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.

לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

**תביעה לקצבת שירותים מיוחדים
למקבל קצבת נכות
ותביעה לגמלה מיוחדת לעולה
חדש**

עמוד 1 מתוך 3

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <p>מס' זהות / דרכון</p> <p>סוג המסמך</p> </div> <div style="width: 20%;"> <p>דפים</p> </div> </div> </div>	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>
--	----------------------------------

חותמת קבלה

תביעה לקצבת שירותים מיוחדים למקבלי קצבת נכות
 תביעה לגמלה מיוחדת לעולה

פרטי התובע
1

<p>שם פרטי</p>	<p>שם משפחה</p>	<p>מספר זהות ס"ב</p>
<p>מין</p> <p> <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה </p>	<p>האם שוהה בישראל</p> <p> <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא </p>	<p>תאריך לידה</p> <p>שנה חודש יום</p>

מצב משפחתי:

רווקה אלמנה נשואה פרודה גרושה ידועה בציבור

גר במשק הבית עם:

בן הזוג הורה ילדים מתחת לגיל 18 ילדים מעל לגיל 18 אחר, פרט: _____

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי טלפון נייד דואר אלקטרוני

אני מאשר קבלת הודעות SMS

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

גר אצל: _____

האם אתה שוהה עכשיו או שהית בשנה החולפת במוסד? לא כן, שם המוסד _____

פרטים על תלות בזולת ופרטים אחרים

2

1. פרט פעולות יום – יום (כגון אכילה, רחצה, ניקיון אישי וכד') שלביצוען אתה תלוי בעזרת אחרים _____

2. ציין במי אתה נעזר בביצוע הפעולות הנ"ל(בן משפחה, עזרה בתשלום וכד') _____

3. פרט את אביזרי העזר בהם הינך משתמש (כסא גלגלים, קטטר וכד') _____

4. מיהם הגורמים שטיפלו בך בשנה החולפת? (סמן X במקום המתאים):
 קופת חולים (ציין שם הקופה) _____
 הלשכה לשירותים חברתיים (סעד): לשכת הבריאות
 התחנה לבריאות הנפש _____

5. האם אושפזת בשנה החולפת? לא כן, אושפזתי בבית - חולים / מוסד: _____

מתאריך _____ ועד לתאריך _____

שנה חודש יום שנה חודש יום

פרטים על תביעה לפיצויי נזיקין מצד שלישי

3

האם נכותך נגרמה מתאונה? ("תאונה" = תאונת דרכים או אחרת הנגרמת עקב רשלנות הזולת, תקיפה וכד')
 לא (עבור לסעיף 4) כן. השלם את הפרטים בסעיף זה.

מקום אירוע התאונה	תאריך התאונה	סוג התאונה
_____	שנה חודש יום	_____
		<input type="checkbox"/> תאונת דרכים <input type="checkbox"/> תאונה אחרת

האם נמסרה הודעה למשטרה? לא כן, לתחנת במשטרה ב- _____, מספר תיק _____

האם הגשת או הינך עומד להגיש תביעה לפיצויי נזיקין?
 לא כן, הנתבע הוא _____ תאריך הגשת התביעה _____
 שם עורך הדין המייצג אותך התביעה _____
 מענו _____ מס' טלפון _____

האם קיבלת פיצויי נזיקין בגין התאונה? טרם קיבלתי קיבלתי פיצויים מ- _____ בתאריך _____

הצהרה

4

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, כולל הפסקת טיפול בדיאליזה בעקבות השתלה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים. **ידוע לי כי לצורך בדיקת זכאותי לשירותים מיוחדים, יהיה עלי להיבדק מחדש לעניין אחוזי נכותי הרפואיים, וכי אלה עשויים להשתנות (לרבות הפחתתם) בעקבות בדיקה זו.** אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

תאריך _____ חתימת התובע/מקבל הקצבה או מגיש התביעה **X** _____

חתום גם על שלושה טפסי ויתור סודיות

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד

סניף _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ, בעל מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____
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.

שם הרופא המטפל _____ חתימה ✕ _____

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד

סניף _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ, בעל מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____
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.

שם הרופא המטפל _____ חתימה ✕ _____

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד

סניף _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ, בעל מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____
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.

שם הרופא המטפל _____ חתימה ✕ _____

אישור קבלת תביעה לקצבת שירותים מיוחדים (למילוי פנימי בלבד)

לכבוד

סניף _____ תאריך _____

קידומת ב"ל	מספר זהות	גמלה
		ב

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

בכבוד רב, _____ תאריך _____
פקיד תביעות