



המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות
ביטוח נכות
**בקשה לבדיקה מחדש
למקבל קצבת שירותים**

<p>מס' זהות / דרכון</p> <p>סוג המסמך</p> <p>דפים</p>	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p>חותמת קבלה</p>
--	----------------------------------	--------------------------

לידיעתך, בקשה זו יכולה לגרום לשינוי באחוזי הנכות ולהשפיע על זכאותך לקצבת נכות ולקצבת שירותים מיוחדים (לרבות הפחתתם).

1 פרטי המבקש

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב																																										
_____	_____	_____																																										
<p>האם אתה שווה עכשיו או שהיית בחצי שנה האחרונה במוסד? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____</p> <p align="center">כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</p> <table border="1"> <tr> <td>רחוב / תא דואר</td> <td>מס' בית</td> <td>כניסה</td> <td>דירה</td> <td>יישוב</td> <td>מיקוד</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>טלפון קווי</td> <td>טלפון נייד</td> <td>דואר אלקטרוני</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS </td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="6">מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</td> </tr> <tr> <td>רחוב / תא דואר</td> <td>מס' בית</td> <td>כניסה</td> <td>דירה</td> <td>יישוב</td> <td>מיקוד</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>			רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	_____	_____	_____	_____	_____	_____	טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS			_____	_____	_____				מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)						רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	_____	_____	_____	_____	_____	_____
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד																																							
_____	_____	_____	_____	_____	_____																																							
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS																																									
_____	_____	_____																																										
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)																																												
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד																																							
_____	_____	_____	_____	_____	_____																																							

2 נימוקי הנכה לבקשה לבדיקה מחדש

יש לפרט את השינויים שחלו במצבך הרפואי מאז הבדיקה הקודמת ולצרף אישורים רפואיים עדכניים ומפורטים

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

הסכמה לקביעת רופא ללא נוכחות – חתום אם אינך מעוניין להיבדק ע"י רופא

אני מסכים בזה שרופא יקבע את מצבי הרפואי ואחוזי נכותי לפי מסמכים בלבד ומבלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שלמרות זו יהיה עלי להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

_____ x
חתימת התובע

_____ תאריך

הצהרה

אני החתום מטה תובע גמלת שירותים מיוחדים, ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה 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, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

במידת הצורך, אני מסכים להיבדק מחדש לעניין אחוזי נכות רפואית. ידוע לי, שבדיקה זו יכולה לגרום לשינוי באחוזי הנכות, ולהשפיע על זכאותי לקצבת נכות ולקצבת שירותים מיוחדים (לרבות הפחתתם).

_____ x חתימת התובע / מקבל הגמלה או מגיש התביעה

_____ תאריך

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות
ביטוח נכות



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: שירותים מיוחדים - נכות

פרטים אישיים של המבוטח

קוד גמלה		מספר זהות/דרכון		תאריך תביעה																																															
33		<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td>שנה</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>חודש</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>יום</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											שנה									חודש									יום								
שנה																																																			
חודש																																																			
יום																																																			
שם משפחה				שם פרטי																																															
<p>חבר בקופת חולים</p> <p> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____ </p>																																																			

הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____