



## תביעה לקצבת שירותים מיוחדים

### על מנת ליעל את הטיפול בתביעתך, חובה לצרף לתביעה זו

- ↪ סיכומי מחלה ומידע רפואי המפרטים את כל המחלות, הטיפולים, התרופות והאשפוזים.
- ↪ אם אינך מקבל קצבת נכות ואתה עובד - אישורים על הכנסות מעבודה (תלושי שכר) ב- 6 החודשים האחרונים

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ↪ אם החותם על התביעה אינו תובע הגמלה עצמו, נא למלא גם את סעיף 2 ולהביא את האישורים הנדרשים בו.
- ↪ את טופס התביעה יש לשלוח בדואר או להביא לסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345.
- ↪ מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

### לידיעתך

- ↪ קצבת שירותים מיוחדים ניתנת למי שזקוק לעזרה רבה בביצוע פעולות היום יום שהן: ניידות בבית, אכילה, הלבשה, רחצה והיגיינה אישית וכן סיוע בניהול משק בית או זקוק להשגחה מתמדת ופעילה למניעת סיכון לעצמו או לאחרים, ובתנאי שנקבעו האחוזים הרפואיים הבאים:
  - ↪ לפחות 60% מנופה ומשוקלל לשירותים מיוחדים למי שמקבל קצבת נכות.
  - ↪ לפחות 75% מנופה ומשוקלל לשירותים מיוחדים למי שלא מקבל קצבת נכות.
  - ↪ עולה בשנה הראשונה לעלייתו.
- ↪ לצורך בדיקת זכאותך, יתכן כי יהיה עליך להיבדק מחדש לעניין אחוזי נכות רפואית ולעניין הזכאות לקצבת נכות ובדיקה זו, עשויה לשנות את אחוזי הנכות (לרבות הפחתתם), ולהשפיע על קצבת הנכות המשולמת לך. בחתימתך על טופס התביעה, אנו רואים הסכמה לאמור.
- ↪ אם אתה בעל מוגבלות ברגליים, באפשרותך להגיש נוסף לכך תביעה לגמלת ניידות.
- ↪ לתשומת ליבך, אפשר לקבל קצבה לשירותים מיוחדים וקצבת ניידות למי שהוכר כבעל מוגבלות בניידות בשיעור 100% או זקוק לכיסא גלגלים או שנקבעה לו זכאות לקצבת שירותים מיוחדים בשיעור של 105%
- ↪ על פי חוק, תאושר הקצבה לכל היותר בעבור 6 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%; text-align: center;">                 מס' זהות / דרכון                  _____             </div> <div style="width: 35%; text-align: center;">                 לשימוש פנימי בלבד (סריקה)             </div> </div>	<p style="text-align: center; font-weight: bold;">חותמת קבלה</p>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%; text-align: center;">                 סוג המסמך             </div> <div style="width: 35%; text-align: center;">                 דפים             </div> <div style="width: 30%;"></div> </div>	

**1 פרטי התובע**

1

מספר זהות _____	שם פרטי	שם משפחה			
דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני	טלפון נייד _____ <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS	טלפון קווי _____			
גר במשק בית עם <input type="checkbox"/> בת זוג <input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> ילדים מעל גיל 18 <input type="checkbox"/> ילדים מתחת לגיל 18 <input type="checkbox"/> אחר _____					
האם אתה שוהה עכשיו או שהית בחצי השנה האחרונה במוסד? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט _____					
האם פנית למשרד הביטחון בגלל פגיעה בשירות הצבאי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, צרף העתק של דוח הוועדה הרפואית					
האם נכותך נגרמה מתאונה? (תאונת דרכים, רשלנות רפואית, תקיפה וכדומה) <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן					
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה במשרד הפנים)</b>					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

**2 פרטי מגיש התביעה (ימולא אם התובע אינו מסוגל להגיש את התביעה בעצמו, עקב מצבו הבריאות)**

2

מספר זהות ס"ב _____	יחס קרבה לתובע	שם פרטי
דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני	טלפון נייד _____ <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS	טלפון קווי _____
סיבת הגשת התביעה בשם המבוטח <input type="checkbox"/> ייפוי כוח <input type="checkbox"/> צו אפוטרופסות <input type="checkbox"/> פסק דין (יש לצרף את המסמך המתאים) אם אין ברשותך האמור לעיל, אנא מלא – אני מבקש להתמנות כמקבל גמלה		פקס _____
חתימה * _____ תאריך: _____		

**פרטים על הנכות, אשפוזים וגורמים מטפלים**

**3**  
**1**  
**1**

מעקב במרפאת	אשפוז	החמרה מתאריך	התחיל מתאריך	תיאור המחלה / הליקוי	
	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			פרט את המחלה או הליקויים שאתה סובל מהם _____ _____ _____	1
	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			חולה אונקולוגי	2
	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			מטופל בדיאליזה	3
	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			לאחר השתלה פרט _____	4
	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			עיוור – יש לצרף בדיקת חדות/שדה ראייה האם קבלת תעודת עיוור ממשד הרווחה – השירות לעיוור? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	5
	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			האם אתה מטופל בלשכת הבריאות או תחנה לבריאות הנפש? _____	6
	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			תלוי בעזרת הזולת לביצוע פעולות היום יום, אחר ? פרט _____	7

**הסכמה לקביעת רופא ללא נוכחות** נא לחתום למטה אם אתה מעוניין שהחלטה תיקבע לפי מסמכים בלבד

**4**

אני מסכים בזאת, שרופא יקבע את אחוזי נכותי הרפואית ויקבל החלטה לשירותים מיוחדים לפי מסמכים בלבד, ובלי לזמן אותי לבדיקה רפואית.  
ידוע לי שלמרות הסכמתי לכך יהיה עליי להגיע לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת

חתימת התובע \* \_\_\_\_\_

**הצהרה על הכנסות ופרטים אחרים**

**5**

א. יש למלא רק במקרים שבהם **לא** משולמת קצבת נכות כללית:  
הכנסות מעבודה  אין  יש - (נא לצרף 6 תלושי שכר אחרונים)

ב. יש למלא סעיף זה רק במקרים של **עולה חדש בשנה הראשונה לעלייה**:  
האם קיימות ההכנסות הבאות (כולל הכנסה מחו"ל):  
 פנסיה  תגמול  רנטה  אחר

**פרטי חשבון הבנק של התובע**

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
<p>אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.</p> <p>אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.</p> <p>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 כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.</p>			
_____	_____ x	_____ x	_____
תאריך	חתימת מקבל הגמלה	חתימת/חתימות השותפים לחשבון	קרבה לתובע

**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 בידועין 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)

אני מסכים בזאת להעביר מידע למשרד הרווחה – השירות לעיוור, במידה וייקבעו לי 90% נכות רפואית בגין ליקוי ראייה

כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע / מקבל הגמלה או מגיש התביעה\* \_\_\_\_\_

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
שירותים מיוחדים



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות- שר"מ

פרטים אישיים

	<p>תאריך תביעה</p> <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td>  </td> <td>  </td> <td>  </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				<p>מספר זהות/דרכון</p> <table border="1"> <tr> <td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td> </tr> </table>																					<p>קוד גמלה</p> <p>33</p>
שנה	חודש	יום																											
שם פרטי		שם משפחה																											
<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 שלי 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 x \_\_\_\_\_