



תביעה לקצבת נכות כללית, ובקשה להענקה מטעמי צדק

על מנת לייעל את הטיפול בתביעתך, אנא תצרף לבקשה זו:

✍ סיכומי מחלה או כל מסמך רפואי אחר המצוי ברשותך בדבר **מצבך הרפואי**, המפרטים את כל המחלות הכרוניות, הטיפולים והתרופות שהנך נוטל.

✍ **אם אתה שכיר:**

✍ תלושי שכר, או אישורים של מעביד על ההכנסות ב- 15 החודשים האחרונים. (**אישור המעסיק על תקופת ההעסקה ועל שכר החתום ע"י המעסיק** – עמוד 5-6 בטופס התביעה). אם הפסקת לעבוד, יש לצרף אישור מהמעביד.

✍ אם ב-15 החודשים האחרונים קיבלת **דמי מחלה** בעבור תקופות שבהן לא עבדת, או **תשלום כלשהו מחברת ביטוח** עקב מחלה יש לצרף אישור **מהמעסיק** או **מחברת הביטוח**.

✍ אם החותם על התביעה אינו תובע הקצבה עצמו, נא למלא גם את סעיף 4 בטופס התביעה ולצרף יפוי כוח, צו אפוסטרופוס או פסק דין – אם ישנו.

✍ לפני הגשת התביעה - בדוק האם יש מסמכים נוספים (לאלה הרשומים לעיל) שעלייך לצרף, לפי הנחיות בגוף הבקשה.

כיצד יש להגיש את התביעה

✍ את טופס התביעה ניתן לשלוח בדואר, למסור לפקיד קבלת קהל בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך או להכניס לתיבת השירות המוצבת מחוץ לסניף.

✍ לשאלות ולבירורים ניתן לפנות לטלפון 6050* או 04-8812345 (עם קוד סודי).

לידיעתך

✍ אם לך ולבן/בת זוגך אין אמצעי מחיה, מוצע לך לבדוק את **זכאותך בהבטחת הכנסה**, שכן זמן הטיפול בתביעה לנכות עשוי להמשך עד 90 ימים.

✍ אם אתה בעל **מוגבלות ברגליים**, באפשרותך להגיש גם בקשה לבדיקה רפואית לקביעת מוגבלות בניידות.

✍ מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il. כולל סרטון הדרכה למילוי הטופס.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית

תביעה קצבת נכות כללית
ובקשה להענקת מטעמי צדק

מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים										לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------------------------

חותמת קבלה

1

פרטי התובע					
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב	מצב משפחתי		
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 הרשומה בתעודת הזהות)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2

פרטים על עבודה בעבור 15 החודשים האחרונים (יש לרשום את הפרטים ולצרף אישורי שכר)

☐ לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: _____
☐ עבדתי והפסקתי לעבוד, פרט את הסיבה _____
☐ אני ממשיך לעבוד

פרטים על העבודה					
פרטי מקום העבודה (עבודה היום או עבודה אחרונה)	תפקיד	תקופת עבודה		מס' שעות עבודה ביום או היקף משרה	הכנסה (ברוטו)
		עד תאריך	מתאריך		
שם _____ טלפון: _____					

האם ב- 15 החודשים האחרונים קיבלת דמי מחלה בעבור תקופות שבהן לא עבדת, או תשלום כלשהו מחברת ביטוח עקב מחלה? ☐ לא ☐ כן, מהמעסיק (צרך אישור) ☐ כן, מחברת ביטוח (צרך אישורים)

האם יש לך או הייתה לך ב-15 החודשים האחרונים הכנסה **שלא מעבודה**, כמו פנסיה (בישראל או מחו"ל), תמיכה לתלמידי ישיבות, תגמול ממשרד הביטחון, תשלומים מחברת ביטוח, הכנסה הונית, מזונות, הכנסה מרכוש וכד'? ☐ לא ☐ כן, פרט: _____ (צרך אישור)

פרטים על הנכות – סמן את הסעיף בו מתוארת המחלה או התסמינים מהם אתה סובל.
אם נבדקת ע"י רופא מומחה בתחום המחלה – נא צרף העתק של חוות הדעת.
אם אושפזת בבית חולים בגין המחלה – נא צרף את מכתב השחרור

סמן ב- " V " במחלה או התסמינים מהם אתה סובל	מתאריך (שנה, חודש)	האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?	האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?
1 ☐ בעיה נפשית (מקבל טיפול)		☐ כן	☐ כן
2 ☐ הפרעות בבלוטת התריס		☐ כן	☐ כן
3 ☐ יתר לחץ דם		☐ כן	☐ כן
4 ☐ ליקוי שכלי		☐ כן	☐ כן
5 ☐ ליקוי שמיעה		☐ כן	☐ כן
6 ☐ ליקויי ראייה ומחלת עיניים		☐ כן	☐ כן
7 ☐ מחלה אורטופדית (גפיים עליונות ותחתונות, גב, צוואר, דלקת פרקים)		☐ כן	☐ כן
8 ☐ מחלות בתחום נוירולוגי (כולל אלצהיימר, פרקינסון, אפילפסיה ואירוע מוחי)		☐ כן	☐ כן
9 ☐ מחלות דרכי עיכול (כולל קיבה ומעינים)		☐ כן	☐ כן
10 ☐ מחלת כבד (כולל צהבת)		☐ כן	☐ כן
11 ☐ מחלת כליות (כולל דיאליזה)		☐ כן	☐ כן
12 ☐ מחלת לב		☐ כן	☐ כן
13 ☐ מחלת עור		☐ כן	☐ כן
14 ☐ מחלת ריאות (כולל אסטמה)		☐ כן	☐ כן
15 ☐ סכרת		☐ כן	☐ כן
16 ☐ סרטן (כולל לימפומה ולוקמיה)		☐ כן	☐ כן
17 ☐ אחר _____		☐ כן	☐ כן
18 ☐ אחר _____		☐ כן	☐ כן

נא סמן האם עברת אחת או יותר מהבדיקות המפורטות להלן בשנתיים האחרונות (אם כן, נא צרף את תוצאות הבדיקות):

☐ אקו לב ☐ EMG ☐ CT (טומוגרפיה ממוחשבת) ☐ MRI (תהודה מגנטית) ☐ תפקוד ראות ☐ צנתור ☐ אנדוסקופיה

האם נכותך נגרמה מתאונה? (תאונת דרכים, רשלנות, תקיפה וכד') ☐ לא ☐ כן, תאריך התאונה _____

האם פנית למשרד הביטחון בשל פגיעה במהלך השירות הצבאי? ☐ לא ☐ כן, צרף העתק של דוח הוועדה הרפואית

אם טופלת בשנה אחרונה ע"י ☐ הלשכה לשירותים חברתיים או ☐ התחנה לבריאות הנפש, סמן "V" במקום המתאים

וציין את הכתובת/ שם היישוב: _____

הסכמה לקביעת הנכות ע"י הרופא ללא נוכחות

אני מסכים בזאת, שרופא יקבע לי את אחוזי הנכות הרפואית, ע"פ מסמכים בלבד ובלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שאף שנתתי את הסכמתי לכך, ייתכן שיהיה עליי להגיע לבדיקה, אם הרופא ידרוש זאת.

חתימת התובע ✕ _____

4

אם התובע עצמו אינו יכול להגיש את התביעה עקב מצבו הבריאותי או אם קיים בן משפחה שניתן להיות עמו בקשר, יש למלא את הפרטים הבאים:

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	יחס קרבה לתובע	מספר זהות ס"ב
טלפון להתקשרות 		☐ ייפוי כוח ☐ צו אפוטרופסות אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצורף העתק	דואר אלקטרוני
☐ אני מאשר קבלת הודעות SMS			
תאריך _____		חתימה ☐	

5

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
אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הבקשה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל הבקשה. 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. 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.			
תאריך _____	חתימת תובע הקצבה _____	חתימת/חתימות השותפים לחשבון _____	קרבה לתובע _____

6

הצהרת התובע או מגיש התביעה

אני החתום מטה תובע קצבת נכות, ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה זו 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 לקצבה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים להיבדק לצורך שירותים מיוחדים, אם תהיה המלצה של רופא הסניף על בדיקה זו.
 כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך _____ חתימת התובע או מגיש התביעה ☐



שם הגמלה: נכות כללית

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה
33		
שם משפחה	שם פרטי	
חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

הצהרה

אני הח"מ, שפרט"י 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 שנתינת לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי".

תאריך _____ חתימת התביעה x _____



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית

**אישור המעסיק על תקופת
ההעסקה ועל השכר**

פרטי המעסיק

שם המעסיק		מספר תיק ניכויים / מס' ת.ז.	
מספר טלפון	מספר פקס	דואר אלקטרוני	

פרטי העובד השכיר

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

העובד הועסק מתאריך _____ עד תאריך _____ הסיבה לפסקת העבודה: _____

☐ פרש מהעבודה סופית בתאריך _____ ☐ ממשיך לעבוד: חלקיות משרה _____

☐ ימי מחלה שלא נוצלו _____

☐ ימי המחלה נוצלו במלואם בתאריך _____

פרטים על העבודה והשכר

יש למלא פרטים על עבודת השכיר ועל השכר ב-15 החודשים האחרונים או לחודשים שקמו למועד הפסקת העבודה, כולל חודש עבודה אחרון.

אין לכלול רכיבי שכר שאינם חייבים בדמי ביטוח לאומי ואין לכלול תשלומים שניתנו לעובד אחרי ניתוק יחסי עובד-מעביד

	בחודש/בשנה	השכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לאומי בש"ח	סכום דמי מחלה ששולמו	תוספות שנכללו בשכר (הבראה, ביגוד וכד')	
				סכום	סיבה
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

הערות:

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו של העובד

תאריך _____ חתימת ממלא הטופס ותפקידו * _____ חתימה וחותמת המעסיק/העסק * _____