



**לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
נכות ושירותים מיוחדים  
**מחלקה ראשונה**  
**הסכמה להעברת תביעה:**

**חותמת קבלה**

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
_____									
סוג המסמך		דפים		_____		_____		_____	

תביעה ראשונה  
 החמרה

קצבת נכות  
 קצבת שירותים מיוחדים

**באמצעות בית חולים**

פרטי העו"ס \_\_\_\_\_

**לידיעתך:** חתימתך על הסכמה זו תאפשר לביטוח לאומי לקבוע זכאות מבלי להזמין לבדיקה רפואית ובמסלול טיפול מהיר

**1 פרטי התובע**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
_____	_____	_____
מצב משפחתי:	מספר זהות בן/בת זוג או ידוע בציבור	_____
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
_____	_____	_____@_____

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי, יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

**מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה במשרד הפנים)**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
_____	_____	_____	_____	_____	_____

**2 מידע על עבודה והכנסות**

אני עובד <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	אני מקבל דמי מחלה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> הכנסתי מעבודה היא מעל 7,990 ₪ (ברוטו) <input type="checkbox"/> הכנסתי מעבודה היא נמוכה מ - 7,990 ₪ (ברוטו)	
איש קשר מטעם המעסיק	טלפון
_____	_____
יש לי הכנסות שלא מעבודה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט _____	

על מנת להקל עליך ולזרז את הטיפול בתביעתך באפשרותנו לפנות באופן ייזום למעסיקיך ומשלמי הפנסיה שלך, לרבות כאלו שהיו לך או שהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב). אם אינך מסכים, ציין זאת:  אני התובע מסרב לכך שתפנו לקבל את נתוני ההכנסות באופן דיגיטלי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

**3**

**פרטי מגיש התביעה : סעיף זה ימולא ע"י מקבל הגמלה, אפוטרופוס או בן משפחה שניתן להיות איתו בקשר אם התובע אינו מסוגל להגיש את התביעה בעצמו עקב מצבו הרפואי.**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
_____	_____	_____
טלפון קווי	טלפון נייד	_____
_____	_____	_____

אני מאשר קבלת הודעות SMS

קרבה לתובע: \_\_\_\_\_ מצורף לתביעה:  ייפוי כח  צו אפוטרופוס

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_

פרטי חשבון בנק

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

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע / מגיש התביעה \* \_\_\_\_\_

הצהרה

אני החתום מטה תובע קצבת שירותים מיוחדים ו/או קצבת נכות כללית, 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, ע"י פניה למוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגורי.

כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים. או על שינוי במקום מגורי כגון כניסה למוסד, דיור מוגן וכד'.

ידוע לי, כי בקשה זו יכולה לגרום לשינוי באחוזי הנכות, ולהשפיע על זכאותי לקצבת נכות ולקצבת שירותים מיוחדים (לרבות הפחתתם).

אני מסכים מראש, כי הביטוח הלאומי ייקבע את זכאותי על סמך המידע הרפואי, מבלי לזמן לוועדה רפואית, במידת האפשר. הסכמה זו אינה מבטלת את זכותי לערער על ההחלטה.

אני מסכים לוועדה בווידאו צ'אט  כן  לא.

אני מסכים בזאת שעובד שיקום ייתן חוות דעת בנוגע לכושר השתכרותי על סמך שיחה **טלפונית** או זום וזאת לאור בקשתי שלא להגיע לפגישה אישית בסניף. ידוע לי שחוות דעת זאת של פקיד שיקום, ניתנת לצורך בדיקת זכאותי לקצבת נכות

אני מסכים להעביר מידע למשרד הרווחה במידה ויקבעו לי 90% נכות רפואית בגין ליקוי ראייה או לצורך ביצוע אבחון למוגבלות שכלית התפתחותית

אני הח"מ, שפרטיו 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.

ידוע לי כי הביטוח הלאומי רשאי לפנות לבית החולים / קופת החולים בכל עת בעניין תביעה זו כולל בדיקת המשך זכאות או החמרת מצב.

אני מבקשת לראות בטופס זה תביעה לקצבאות נכות .

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת [btldpo@nioi.gov.il](mailto:btldpo@nioi.gov.il). אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע / מגיש התביעה \* \_\_\_\_\_

טופס זה מנוסח בלשון זכר, אך פונה לנשים ולגברים כאחד