



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה

**בקשה לבדיקת תלות
למקבל קצבת ילד נכה**

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך		דפים							

בדיקה זו היא בדיקה פיזית בוועדה, הבוחנת את מידת התלות בעזרת הזולת בביצוע פעולות היום יום (אכילה, נידות בתוך הבית, הלבשה, רחצה היגיינה אישית)

פרטי הילד

1

שם משפחה						שם פרטי						מספר זהות ס"ב					
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)																	
רחוב / תא דואר			מס' בית			כניסה			דירה			ישוב			מיקוד		
האם הילד שוהה עכשיו במוסד או במשפחה אומנת או בפנימייה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן: <input type="checkbox"/> במוסד / בפנימייה <input type="checkbox"/> כתובת: _____ <input type="checkbox"/> במשפחה אומנת <input type="checkbox"/> כתובת: _____																	

פרטי מגיש התביעה

2

שם משפחה						שם פרטי						מספר זהות ס"ב					
קרבה אל הילד: <input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> אח/אחות <input type="checkbox"/> סב/סבתא <input type="checkbox"/> אפוטרופוס (יש לצרף צו אפוטרופסות) <input type="checkbox"/> אחר _____																	
כתובת מגורים/מען למכתבים ופרטי התקשרות: <input type="checkbox"/> עם הילד <input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____																	
רחוב / תא דואר			מס' בית			כניסה			דירה			ישוב			מיקוד		
טלפון קווי						טלפון נייד						דואר אלקטרוני					
_____						_____						_____@_____					

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

פרטים על מצבו התפקודי של הילד (יש לצרף מסמכים רפואיים מעודכנים)

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על הזכאות לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי, כי עליי להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים. במידת הצורך, אני מסכים לבדוק מחדש את הליקוי הרפואי. ידוע לי, שבדיקה זו יכולה לגרום לשינוי ולהשפיע על הזכאות לקצבת ילד נכה.

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.

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 מגיש התביעה **x** _____

	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
--	------------------------------------	-------------------

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה



אישור על לימודים

טופס זה ימלא הגורם החינוכי ויחתום עליו בעבור ילדים מגיל 3 ומעלה שימו לב, יש למלא את הטופס לשנת הלימודים הנוכחית.

פרטי הילד

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

שם המסגרת החינוכית: _____ בתנאי פנימייה לא בתנאי פנימייה

כתובת המסגרת החינוכית: _____ מס' טלפון: _____

הילד נמצא במסגרת חינוך רגיל מיוחד

החל את הלימודים בתאריך _____ תאריך סיום לימודים (משוער)

מס' ימי לימוד בשבוע _____ מס' שעות לימוד ביום _____

סידורי הסעה למסגרת החינוכית

הילד מגיע למקום הלימודים:

ברגל ברכב המשפחה בתחבורה ציבורית בהסעה מאורגנת אחר _____

האם נדרש ליווי למסגרת החינוכית: לא כן, פרט את העזרה הנדרשת, סיבתה ומי מלווה

סידורי אכילה ושתייה

האם מוגשת ארוחה לתלמידים? כן לא

האם הילד אוכל ושותה בכוחות עצמו? כן לא

הערות: _____

היגינה אישית

האם הילד שולט על הפרשותיו (שתן, צואה)? כן לא

האם הילד מסתדר בעצמו בשירותים וברחצה של הפנים והידיים? כן לא

לא, פרט במה מתקשה ואיזו עזרה נדרשת _____

עצמאות

האם הילד מסוגל להישאר לבדו מספר שעות ביום? כן לא, פרט מה הסיבות לכך _____

התקפים

אופי ההתקף הרפואי אפילפסיה אסטמה אחר פרט _____

האם הילד קיבל במסגרת החינוכית התקפים כלשהם? לא כן, מהי תדירות ההתקפים? _____
 מתי היה ההתקף האחרון? _____
 תיאור אופי ההתקף (כולל משך זמן ממוצע להתקף)

האם הילד מרגיש, כי ההתקף קרב? לא כן, כיצד מתנהג _____
 תאר את התופעות לאחר ההתקף _____

אופי ההתקף הנפשי חרדה אחר פרט _____
 האם הילד קיבל במסגרת החינוכית התקפים כלשהם? לא כן, מהי תדירות ההתקפים? _____
 מתי היה ההתקף האחרון? _____

תיאור אופי ההתקף (כולל משך זמן ממוצע להתקף) _____

האם הילד מרגיש כי ההתקף קרב? לא כן, כיצד מתנהג _____

תאר את התופעות לאחר ההתקף _____

התנהגות הילד

תאר את התנהגות הילד (קשב וריכוז, באיזו מידה הוא ממושמע, באיזו מידה הוא יודע לקבל גבולות, הקשר עם בני גילו, הקשר עם הסביבה)

הערות נוספות

תאריך _____ שם המוסד החינוכי וחותמת ✕ _____

שם ממלא הטופס ותפקידו ✕ _____