



המוסד לביטוח לאומי

עמוד 1 מתוך 2

חותמת הסניף ותאריך קבלה

מנהל הגמלאות תביעה לקיצבת שירותים מיוחדים למקבלי קיצבת נכות
אגף גמלאות נכות תביעה לגמלה מיוחדת לעולה

לתשומת לב!

קיצבת שירותים מיוחדים ניתנת לנכה בוגר אם נקבעה לו נכות רפואית בשיעור 60% לפחות והוא מקבל קיצבת נכות, ואם לשם ביצוע פעולות יום יום (כגון אכילה, רחצה, שליטה על ההפרשות) הוא תלוי בעזרת הזולת במידה רבה וברוב שעות היממה. מי שמקבל הטבות בניידות יהיה זכאי לקיצבה לשירותים מיוחדים בנוסף להטבות בניידות אם ועדה רפואית במשרד הבריאות קבעה לו מוגבלות בניידות בשיעור של 100% או נקבעה על-ידי אותה ועדה שהוא זקוק לכסא גלגלים ומשתמש בו, או נקבעה לו זכאות לקיצבת שירותים מיוחדים בשיעור של 100%. תנאים נוספים לקבלת קיצבה לשירותים מיוחדים ראה בחוברת הסברה של המוסד ובתקנות. מלא בדיוקנות את הטופס. לשאלה שאין לך תשובה עליה העבר קו. היכן שמופיעות משבצות קטנות סמן ✓ לצד התשובה המתאימה. פרטים על רקע כהה מיועדים לשימוש המוסד לביטוח לאומי.

א. פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות	שוחה בישראל <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> נשואה <input type="checkbox"/> גרושה	מתאריך	גר במשק הבית עם: <input type="checkbox"/> בן זוג <input type="checkbox"/> ילדים מתחת לגיל 18 <input type="checkbox"/> אחר, פרט	גר במשק הבית עם: <input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> ילדים מעל לגיל 18	
כתובת מגורים	רחוב	מספר בית	כניסה	דירה
מיקוד	יישוב			
גר אצל	מספר טלפון	מספר טלפון נייד		
האם אתה מקבל מהמוסד לביטוח לאומי: קיצבת נכות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא קיצבת ניידות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם קבלת הלוואה עומדת לרכישת רכב ו/או הגשת במשך השנה האחרונה תביעה לקיצבת ניידות או להלוואה עומדת <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם אתה שוחה עכשיו או שהית בשנה החולפת במוסד <input type="checkbox"/> כן, שם המוסד _____ <input type="checkbox"/> לא		

ב. פרטים על תלות בזולת ופרטים אחרים

1. פרט פעולות יום - יום (כגון אכילה, רחצה, נקיון אישי וכד') שלביצוען אתה תלוי בעזרת אחרים _____
2. ציין במי אתה נעזר בביצוע הפעולות הנ"ל (בן משפחה, עזרה בתשלום וכד'): _____
3. פרט אביזרי העזר בהם הינך משתמש (כסא גלגלים, קטטר וכד'): _____
4. הגורמים שטיפלו בך בשנה החולפת (סמן ✓): קופת חולים (ציין שם הקופה) _____
 הלשכה לשירותים חברתיים (סעד): לשכת הבריאות
 התחנה לבריאות הנפש
5. ציין תקופות אישפוז בשנה החולפת: מתאריך _____ עד תאריך _____
שם בית - חולים / מוסד _____
 לא אושפזתי

ג. פרטים על תביעה לפיצויי נזיקין מצד שלישי

אם נכותך נגרמה כתוצאה מתאונה? ("תאונה" - תאונת דרכים או אחרת הנגרמת עקב רשלנות הזולת, תקיפה וכדומה)

1. לא (עבור לסעיף הבא) כן - השלם הפרטים שלהן
2. תאונת דרכים תאונה אחרת
3. תאונה אחרת

האם נמסרה הודעה למשטרה לא כן, לתחנת המשטרה ב- _____ מספר תיק _____

האם הגשת או הינך עומד להגיש תביעה לפיצויי נזיקין לא כן, הנתבע הוא _____ תאריך הגשת התביעה _____
שם עורך הדין המייצג אותך בתביעה _____
מענו _____ מס' טלפון _____

האם קיבלת פיצויי נזיקין בגין התאונה טרם קיבלתי קיבלתי פיצויים מ- _____ בתאריך _____

עמוד 2 מתוך 2

הדוח הוא O.L ע"ג מסך 112 בשאילתא 24

למילוי על-ידי סניף המוסד לביטוח לאומי

טופס : 50 תאריך קבלת התביעה

מספר זהות

אומת על-פי :

תעודת זהות התובע

נתונים מאומתים בתיק תביעה

הקש PF - 13 כשהתווין ממוקם בשדה המבוקש לפתיחת חלון קודים

תאריך התאונה

נכות מתאונה

שם פקיד התביעות חתימה

ד. הצהרת התובע

אני החותם מטה תובע קצבה לשרותים מיוחדים ומצהיר בזה כי כל הפרטים בתביעה ובצירופיה הם נכונים. אם יחול שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו הנני מתחייב להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. ידוע לי כי בהתאם לחוק, אדם אשר גרם במירמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה, או להגדלתה על-ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או בחלקו שולם בטעות או שלא כדין.

ידוע לי כי לצורך בדיקת זכאותי לשרותים מיוחדים, ובכפוף להחלטת המוסד, יהיה עלי להבדק מחדש לעניין אחוזי נכותי הרפואיים, וכי אלה עשויים להשתנות (לרבות הפחתתם) בעקבות בדיקה זו.

(יסומן ב- ✓ ויחתם ע"י התובע בצד שני ה- X כאשר עובד המוסד ממלא את טופס התביעה). כל הפרטים הרשומים בתביעה הוקראו באוזני ואני מאשר בזה כי הם תואמים את הפרטים שמסרתי בע"פ.

חתימה X תאריך חתימת התובע X

שם העד מספר זהות חתימת העד

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע רשום:

חתום גם על שלושה טפסי ויתור סודיות

המוסד לביטוח לאומי

סניף _____

לכבוד _____

תאריך _____

אני _____ הח"מ, מס' זהות _____

בעל פנקס חבר מספר _____ שם האב _____

הגר ב- _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי. תוצאותי ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

חתימה X

המוסד לביטוח לאומי

סניף _____

לכבוד _____

תאריך _____

אני _____ הח"מ, מס' זהות _____

בעל פנקס חבר מספר _____ שם האב _____

הגר ב- _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי. תוצאותי ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

חתימה X

המוסד לביטוח לאומי

ביטוח נכות

סניף _____

לכבוד _____

מספר תיק במוסד _____

קידומת בייל	גימלה ס"מ	מספר זהות ס"מ
_____	_____	_____

אישור קבלת תביעה לקיצבת שרותים מיוחדים

הרינו לאשר בזאת שקיבלנו את תביעתך לקיצבת שרותים מיוחדים. הרינו להביא לידיעתך כי הטיפול בתביעה הוא מורכב וממושך ואנו מבקשים שיתוף פעולה מצידך לתשומת לבך - עליד להודיענו מיד ובכתב על כל שינוי שיחול לגבי הפרטים שמסרת עליהם בטופס התביעה.

תאריך _____ בכבוד רב,

פקיד תביעות

המוסד לביטוח לאומי

סניף _____

לכבוד _____

תאריך _____

אני _____ הח"מ, מס' זהות _____

בעל פנקס חבר מספר _____ שם האב _____

הגר ב- _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי. תוצאותי ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

חתימה X