



הסכמה להעברת תביעה לגמלת סיעוד באמצעות עו"ס / אח/ות:

בית חולים שם עו"ס בי"ח _____ מחלקה _____

מרפאת חוץ _____

קופ"ח _____ מרפאה _____ שם העו"ס או האח/ות _____

הוספיס בית _____ אחר _____

סוג התביעה: רגילה בשלב טרום – ניתוח יש לצרף העתק ממכתב ההפניה (מרופא המשפחה) לניתוח

לנשים בלבד: אם טרם הגעת לגיל 67 ויש לך ליקויים ברגלים, שמגבילים אותך בניידות או שאת מוגבלת לנוע באופן חלקי או בסיוע אמצעי עזר כגון: כיסא גלגלים או קלנועית - יתכן שתהיי זכאית לגמלת ניידות. אם תחליטי להיבדק לעניין ניידות, עלייך לפנות ללשכת הבריאות המחוזית שבאזור מגוריך, למלא טופס בקשה ידני או מקוון – לבדיקה, ולצרף אליו מסמכים רפואיים.

אם מונה לתובע אפטרופוס, יש לצרף צו אפטרופוסות

1 פרטי התובע					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ב"ס	
<p>מצב משפחתי: <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> אלמנה</p> <p>שפות דיבור: _____</p> <p>התובע מתגורר: <input type="checkbox"/> בכתובת הרשומה במשרד הפנים <input type="checkbox"/> במוסד _____</p> <p><input type="checkbox"/> בכתובת אחרת: _____ אצל: _____ קרבה לתובע: _____</p>					
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני:	
_____		_____		_____ @ _____	
<p><input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (מסרונים – sms, דואר אלקטרוני) במקום בדואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי, יישלחו אליך בערוצים הדיגיטליים לפי המידע שמסרת.</p> <p>כתובת למשלוח דואר (ימולא רק אם בן המשפחה או האפטרופוס מבקש לשלוח מכתבים לכתובת שונה מהכתובת שבה מתגורר התובע)</p>					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ב"ס	
_____		_____		_____	
רחוב / תא דואר		מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
_____		_____	_____	_____	_____
תעודת עיוור:			האם פתחת בתהליך לקבלת תעודת עיוור?		
האם ברשותך תעודת עיוור? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא לצרף צילום			האם פתחת בתהליך לקבלת תעודת עיוור? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		
<p>אשפוז מתוכנן: האם מתוכנן אשפוז? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, תאריך אשפוז מתוכנן _____</p>					
פרטים על בן/בת זוג					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ב"ס	
_____		_____		_____	
<p>האם בן/בת הזוג הגישה תביעה לגמלת סיעוד/ שר"מ או מקבלת גמלת סיעוד/ שר"מ? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>					

2 האנשים שגרים עם התובע

2

האם מישהו מתגורר עם התובע?
 לא כן. אם כן, נא למלא את פרטיו:

שם משפחה	שם פרטי	ת"ז	יחס קרבה	האם מקבל, או מתכוון להגיש תביעה לסייעוד, לשירותים מיוחדים או לגמלה אחרת לסייע בפעולות היום יום?

3 איש קשר או אפוטרופוס – להשלמת מידע או אם איש הקשר או האפוטרופוס מבקש שההתקשרות תהיה איתו

3

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	ס"ב
טלפון קווי	טלפון נייד		

נא לציין אם מעוניין להיות נוכח בעת הביקור כן לא

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.

4

אם תמצא זכאי לגמלת סיעוד ברמה 1, תוכל לבחור באחת מ-4 האפשרויות הבאות:

- קצבה בסך 1,659 ₪;
- 5.5 יחידות שבוע שניתן להשתמש בהן לטיפול אישי בבית, מרכז יום, משדר מצוקה, שירותי כביסה ומוצרי ספיגה (ללא כסף);
- 5.5 יחידות שירות שבוע, שניתן להשתמש בהן בשילוב שירותי סיעוד נוספים וגמלה בכסף.
- 9 יחידות שירות שבוע שניתן להשתמש בהן למגוון שירותים, פרט לקצבה בכסף ופרט לטיפול אישי בבית.

לתשומת לבך, ברמות הזכאות האחרות, האפשרויות לבחירה הן אחרות. במקרים שבהם יש הפחתה בגלל הכנסות גבוהות, יופחתו השעות/ יחידות השירות ב 50% מערך.

5 הצהרה על הכנסות

5

- אני מצהיר שאין לי ולבן/בת זוגי הכנסות פרט ל: קצבאות מהמוסד לביטוח לאומי, פנסיה ישראלית, הכנסות בתור עצמאי רנטה של ניצולי שואה. במקרים אלה, אין צורך לצרף אישורים.
- אני מצהיר שאני שכיר ו/או מקבל: קצבה סוציאלית מחו"ל הכנסות משכר דירה הכנסות מתגמולים אחרים;
- אני מצהיר שבן/בת זוגי שכיר ו/או מקבל: קצבה סוציאלית מחו"ל הכנסות משכר דירה הכנסות מתגמולים אחרים;

* נא לצרף מסמכים על מקורות ההכנסה שצינת

אני מצהיר שאין לי ולבן/בת זוגי הכנסות כלל.

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה או נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר ומפנסיה, לרבות כאלו שהיו לך או שיהיו לך בעתיד. אם אתה מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה:
 אני התובע - מסרב אני, בן זוגו של התובע (נשוי או ידוע בציבור) - מסרב
 שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים ולמשלמי הפנסיה שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) על הכנסותיי.
 ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי, אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי וזכאות לבן/בת הזוג.

קבלת תשלום או שירותים בעבור טיפול אישי או עזרה בבית ממוסד הביטחון

לא מקבל

מקבל: תשלום כספי שירותים

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

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: לחשבון הקיבוץ / המושב לחשבוני הפרטי

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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את הפרטים של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____
 חתימת התובע / מקבל הגמלה / מגיש התביעה * _____

פרטים על תביעת נזיקין

- האם התלוצת בזולת כולה או מקצתה נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים? כן לא
- האם התלוצת בזולת נגרמה מאירוע תאונתי אחר (רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר וכד')? לא כן, נא פרט: חובה לענות על שאלות אלו

תאריך התאונה: _____ מקום התאונה: _____
 נסיבות אירוע התאונה: _____

- האם נמסרה הודעה למשטרה? לא כן, לתחנת המשטרה ב: _____ מס' תיק: _____
 כתובת תחנת המשטרה: _____

- האם הגשת או תגיש תביעה לפיצוי נזיקין? לא כן, בתאריך: _____
 מיהו הנתבע: _____ מס' התיק: _____

- עורך הדין המייצג אותך בתביעה: _____ שם: _____
 טלפון: _____ טלפון נייד: _____
 כתובתו: _____

הצהרת התובע או מגיש התביעה (בשמו)

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, מהווה עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן תגמול לפי חוק זה או להגדלתו ע"י 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 זכאותי לתגמול או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום, על ידי פניה לסניף הביטוח הלאומי הקרוב למקום מגורי.

כמו כן אני מתחייב להודיע לביטוח לאומי על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים. אני מצהיר בזאת, כי פרט להכנסות שצוינו לעיל אין לי או לבן/בת זוגי הכנסות נוספות. ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח אלי באמצעות הערוצים אותם ציינתי.

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.

אני נותן בזה רשות לביטוח לאומי למסור לרשויות או למוסדות ציבוריים, מידע בדבר זכאותי, לצורך קבלת הטבות נלוות הקבועות בחוק ובתקנות.

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימת התובע / מגיש התביעה* _____

למלא אם מגיש התביעה אינו התובע:

טלפון נייד		טלפון קווי			הקשר לתובע
					רחוב/ תא דואר
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	

