



הסכמה להעברת תביעה לבדיקה מחדש בטענה להחמרה בגמלת סיעוד באמצעות עו"ס:

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

שים לב: אם תמצא זכאי לרמת זכאות מרמה 2 ומעלה, לא תוכל לקבל את מלוא הגמלה בכסף. ברמות 2 עד 6 ניתן לקבל גמלה בכסף בשווי של עד 4 יחידות או בשווי של עד 1/3 הגמלה.

אם מונה לתובע אפטרופוס, יש לצרף צו אפטרופסות

1

| | | | |
|--|-----------------|------------------------------|------------------|
| שם פרטי | | שם משפחה | |
| מספר זהות | | מספר זהות | |
| התובע נמצא כעת: <input type="checkbox"/> בכתובת הרשומה במשרד הפנים <input type="checkbox"/> בכתובת אחרת. אצל: _____ קרבה לתובע | | | |
| רחוב / תא דואר | מס' בית | כניסה | דירה |
| טלפון קווי | טלפון נייד | דואר אלקטרוני: _____ @ _____ | |
| מצב משפחתי: <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> אלמן/ה | | | |
| אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים: | | | |
| שם משפחה איש קשר | שם פרטי איש קשר | מס' זהות איש קשר | מס' זהות איש קשר |
| <input type="checkbox"/> 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. | | | |

2

| | | | |
|--|---------|-----------|----------|
| האם מתגוררים אנשים, עם התובע? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן. אם כן, נא למלא: | | | |
| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות | יחס קרבה |
| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות | יחס קרבה |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="font-size: small;">מס' זהות / דרכון</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="font-size: x-small;">סוג המסמך</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="font-size: x-small;">דפים</p> </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | <p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p> |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות



כתב ויתור על סודיות רפואית

שם הגמלה: סיעוד

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p style="text-align: center; font-size: small;">תאריך תביעה</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="font-size: x-small; text-align: center;">שנה חודש יום</p> </div> | | | | | | | | | | | <p style="text-align: center; font-size: small;">מספר זהות/דרכון</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <p style="text-align: center; font-size: small;">קוד גמלה</p> <p style="text-align: center; font-size: large; font-weight: bold;">96</p> |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: center; font-size: small;">שם פרטי</p> | | <p style="text-align: center; font-size: small;">שם משפחה</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="font-size: small;">חבר בקופת חולים: <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

הצהרת המבוטח או האפוטרופוס (רק אם יש)

אני התובע אפוטרופוס _____ שם _____ מס' תעודת זהות _____ הח"מ,

מוותר על הסודיות הרפואית שלי/ של הנ"ל ו:

1. נותן בזה את הסכמתי למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי אודותיי.
2. נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לנותן השירותים שיספק לי את שירותי הסיעוד, מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.
3. נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לרשות ההגירה ולקבל מרשות ההגירה, מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.
4. נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור למחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית ולקבל מהמחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, לרבות מידע על גמלת הסיעוד, לו אקבלה.
5. נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לקופ"ח שבה אני מבוטח ולקבל ממנה: מידע רפואי וסוציאלי אודותיי הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד ואת התוצאות של הערכות התלות שתערכנה בגין תביעה זו.

ולראייה באתי על החתום

חתימת המבוטח או האפוטרופוס ✕ _____



ויתור סודיות והרשאה
למסירת מידע
לעובד הסוציאלי

| | | |
|--|------------------------------------|------------|
| <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; justify-content: space-between;"> מס' זהות / דרכון </div> | לשימוש פנימי בלבד (סריקה) | חותמת קבלה |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> סוג המסמך דפים </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"> 7 8 </div> | | |

פרטי העובד הסוציאלי

| | | | |
|---|---------|------------------|----------------|
| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות ס"ב | או מספר רישיון |
| שם הרשות/המוסד | | טלפון | |
| אני מצהיר שלא אעשה כל שימוש לרעה במידע שיימסר לי על ידי נציג המוסד לביטוח לאומי תאריך _____ שם _____ חתימה ✕ _____ | | | |

פרטי המבוטח

2

| | | | |
|--|------------|--------------------------|------------------|
| שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | מספר זהות ס"ב |
| כתובת | | | |
| רחוב / תא דואר | מס' בית | כניסה | דירה |
| טלפון קווי | טלפון נייד | דואר אלקטרוני @ _____ | |
| <input type="checkbox"/> 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. | | | |

הצהרה

3

אני הח"מ מייפה בזאת את כוחו של העו"ס, שפרטיו רשומים בטופס זה, לקבל בשמי ועבורי מאת המוסד לביטוח לאומי או מאת עובדיו, כל מידע, פרטים ומסמכים המצויים ברשותם והנוגעים אלי בין במישרין ובין בעקיפין לגבי גמלאות בכסף או בעין, ותשלומים אחרים שהגיעו לי, או המגיעים לי, או העשויים להגיע לי מאת המוסד לביטוח לאומי ולגבי תביעות שהגשתי לקבלת גמלאות ותשלומים לרבות סוגי הגמלה, סכום הגמלה, הבסיס לחישובה ומרכיביה, תקופות תשלום ומועדי תשלום יתרות לזכות ולחובה לגבי גמלאות ותשלומים כאמור, וכן כל מידע שעשוי לסייע לעו"ס לטפל במיצוי זכויותי במוסד לביטוח לאומי.

כן רשאי העו"ס, שפרטיו רשומים לעיל, לקבל כל מידע ופרטים לגבי הטיפול בתביעתי, לרבות העתקים של כתיבי התביעה, שלב הטיפול בתביעה, החלטות שניתנו והמידע ששימש תשתית להחלטות. כאמור כולל מידע רפואי, שיקומי או סוציאלי הכלול והכרוך בהם.

אני משחרר ופוטר בזה את המוסד לביטוח לאומי או כל עובד מעובדיו מחובת השמירה על סודיות המידע שלפניו כל דין. על כן לא תהיה לי כל טענה ותביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת המידע האמור כלפי המוסד לביטוח לאומי או מי מעובדיו.

תאריך _____ שם _____ חתימת המבוטח ✕ _____