



תביעה לקצבת נכות כללית, ובקשה להענקה מטעמי צדק

על מנת לייעל את הטיפול בתביעתך, אנא תצרף לבקשה זו:

- סיכומי מחלה או כל מסמך רפואי אחר המצוי ברשותך בדבר **מצבך הרפואי**, המפרטים את כל המחלות הכרוניות, הטיפולים והתרופות שהנך נוטל.
- אם אתה שכיר:**
- תלושי שכר, או אישורים של מעביד על ההכנסות ב-15 החודשים האחרונים. **(אישור המעסיק על תקופת ההעסקה ועל שכר החתום ע"י המעסיק – עמוד 5-6 בטופס התביעה).** אם הפסקת לעבוד, יש לצרף אישור מהמעביד.
- אם ב-15 החודשים האחרונים קיבלת **דמי מחלה** בעבור תקופות שבהן לא עבדת, או **תשלום כלשהו מחברת ביטוח** עקב מחלה יש לצרף אישור **מהמעסיק או מחברת הביטוח**.
- אם החותם על התביעה אינו תובע הקצבה עצמו, נא למלא גם את סעיף 4 בטופס התביעה ולצרף ייפוי כוח, צו אפוטרופוס או פסק דין – אם ישנו.
- לפני הגשת התביעה - בדוק האם יש מסמכים נוספים (לאלה הרשומים לעיל) שעלייך לצרף, לפי הנחיות בגוף הבקשה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו. ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בטופס התביעה.
- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
- למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
- למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
- לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

לידיעתך

- אם לך ולבן/בת זוגך אין אמצעי מחיה, מוצע לך לבדוק את **זכאותך בהבטחת הכנסה**, שכן זמן הטיפול בתביעה לנכות עשוי להמשך עד 90 ימים.
- אם אתה בעל **מוגבלות ברגליים**, באפשרותך להגיש גם בקשה לבדיקה רפואית לקביעת מוגבלות בניידות.
- מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il. כולל סרטון הדרכה למילוי הטופס.
- באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא תשלום במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.**

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים	חותמת קבלה

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית



תביעה קצבת נכות כללית
ובקשה להענקה מטעמי צדק

1

מצב משפחתי	מספר זהות ס"ב	שם פרטי	שם משפחה
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)			
מיקוד	יישוב	דירה	מס' בית / תא דואר
דואר אלקטרוני: _____ @ _____		טלפון נייד	טלפון קווי
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:			
שם פרטי איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב	שם משפחה איש קשר
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.			
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה בתעודת הזהות)			
מיקוד	יישוב	דירה	מס' בית / תא דואר

2

פרטים על עבודה בעבור 15 החודשים האחרונים (יש לרשום את הפרטים ולצרף אישורי שכר)

<input type="checkbox"/> לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: _____ <input type="checkbox"/> עבדתי והפסקתי לעבוד, פרט את הסיבה: _____ <input type="checkbox"/> אני ממשיך לעבוד					
פרטים על העבודה					
הכנסה (ברוטו)	מס' שעות עבודה ביום או היקף משרה	תקופת עבודה		תפקיד	פרטי מקום העבודה (עבודה היום או עבודה אחרונה)
		עד תאריך	מתאריך		
					שם _____ טלפון: _____
<p>האם ב-15 החודשים האחרונים קיבלת דמי מחלה בעבור תקופות שבהן לא עבדת, או תשלום כלשהו מחברת ביטוח עקב מחלה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מהמעסיק (צרף אישור) <input type="checkbox"/> כן, מחברת ביטוח <input type="checkbox"/> כן, (צרף אישורים)</p> <p>האם יש לך או הייתה לך ב-15 החודשים האחרונים הכנסה שלא מעבודה, כמו פנסיה (בישראל או מחו"ל), תמיכה לתלמידי ישיבות, תגמול ממשרד הביטחון, תשלומים מחברת ביטוח, הכנסה הונית, מזונות, הכנסה מרכוש וכד'? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ (צרף אישור)</p>					

פרטים על הנכות – סמן את הסעיף בו מתוארת המחלה או התסמינים מהם אתה סובל. אם נבדקת ע"י רופא מומחה בתחום המחלה – נא צרף העתק של חוות הדעת. אם אושפזת בבית חולים בגין המחלה – נא צרף את מכתב השחרור

סמן ב- " V " במחלה או התסמינים מהם אתה סובל	מתאריך (שנה, חודש)	האם נבדקת אצל רופא מומחה המחלה? בתחום המחלה?	האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?
<input type="checkbox"/> בעיה נפשית (מקבל טיפול)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> הפרעות בבלוטת התריס		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> יתר לחץ דם		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> ליקוי שכלי		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> ליקוי שמיעה		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> ליקויי ראייה ומחלת עיניים -האם קיבלת תעודת עיוור ממשרד הרווחה- השירות לעיוור <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> מחלה אורטופדית (גפיים עליונות ותחתונות, גב, צוואר, דלקת פרקים)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> מחלות בתחום נוירולוגי (כולל אלצהיימר, פרקינסון, אפילפסיה ואירוע מוחי)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> מחלות דרכי עיכול (כולל קיבה ומעינים)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> מחלת כבד (כולל צהבת)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> מחלת כליות (כולל דיאליזה)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> מחלת לב		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> מחלת עור		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> מחלת ריאות (כולל אסטמה)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> סכרת		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> סרטן (כולל לימפומה ולוקמיה)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> אחר _____		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> אחר _____		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן

נא סמן האם עברת אחת או יותר מהבדיקות המפורטות להלן בשנתיים האחרונות (אם כן, נא צרף את תוצאות הבדיקות):

אקו לב EMG CT (טומוגרפיה ממוחשבת) MRI (תהודה מגנטית) תפקוד ראות צנתור אנדוסקופיה

האם נכותך כולה או חלקה נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים: לא כן, תאריך תאונה: _____ - חובה לענות על שאלה זו

האם נכותך כולה או חלקה נגרמה כתוצאה מאירוע תאונתי אחר / נוסף (רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר

וכיוצ"ב) לא כן, נא פרט _____ - חובה לענות על שאלה זו

תאריך האירוע: _____ - חובה לציין תאריך

האם פנית למשרד הביטחון בשל פגיעה במהלך השירות הצבאי? לא כן, צרף העתק של דוח הוועדה הרפואית

אם טופלת בשנה אחרונה ע"י הלשכה לשירותים חברתיים או התחנה לבריאות הנפש, סמן "V" במקום המתאים וציין את הכתובת/ שם היישוב: _____

הסכמה לקביעת הנכות ע"י הרופא ללא נוכחות

אני מסכים בזאת, שרופא יקבע לי את אחוזי הנכות הרפואית, ע"פ מסמכים בלבד ובלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שאף שנתתי את הסכמתי לכך, ייתכן שיהיה עליי להגיע לבדיקה, אם הרופא ידרוש זאת. חתימת התובע * _____

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות כללית

פרטים אישיים

	תאריך תביעה <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">שנה</td> <td style="text-align: center;">חודש</td> <td style="text-align: center;">יום</td> </tr> </table>				שנה	חודש	יום	מספר זהות/דרכון <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table>											קוד גמלה 33
שנה	חודש	יום																	
	שם פרטי	שם משפחה																	
חבר בקופת חולים <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____																			

הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי 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.

תאריך _____ חתימת התביעה ✕ _____

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית



**אישור המעסיק על תקופת
ההעסקה ועל השכר**

פרטי המעסיק

שם המעסיק		מספר תיק ניכויים / מס' ת.ז.	
מספר טלפון	מספר פקס	דואר אלקטרוני	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

פרטי העובד השכיר

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
העובד הועסק מתאריך _____ עד תאריך _____ הסיבה לפסקת העבודה: _____		
<input type="checkbox"/> פרש מהעבודה סופית בתאריך _____ <input type="checkbox"/> יתרת ימי מחלה שלא נוצלו _____ <input type="checkbox"/> ימי המחלה נוצלו במלואם בתאריך _____ <input type="checkbox"/> ממשיך לעבוד: חלקיות משרה _____		

תשלומים אחרים

1. האם שולמו (למעט דמי מחלה) תשלומים כלשהם מיום הפסקת העבודה בפועל ועד ליום הפרישה (עד ניתוק יחסי עובד-מעביד) כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
2. האם מבוטח לעניין אי כושר עבודה בחברת ביטוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם החברה _____ מהות התשלום: _____ החל מתאריך _____ עד _____

פרטים על העבודה והשכר

יש למלא פרטים על עבודת השכיר ועל השכר ב-15 החודשים האחרונים או לחודשים שקמו למועד הפסקת העבודה, כולל חודש עבודה אחרון.
אין לכלול רכיבי שכר שאינם חייבים בדמי ביטוח לאומי ואין לכלול תשלומים שניתנו לעובד אחרי ניתוק יחסי עובד-מעביד

בחודש/בשנה	השכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לאומי בש"ח	סכום דמי מחלה ששולמו	תוספות שנכללו בשכר (הבראה, ביגוד וכד')	
			סכום	סיבה
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

הערות:

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו של העובד

תאריך _____ חתימת ממלא הטופס ותפקידו * _____ חתימה וחותמת המעסיק/העסק * _____