



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 החותם על התביעה אינו תובע הקצבה עצמו, נא למלא גם את סעיף 4 בטופס התביעה ולצרף ייפוי כוח, צא אפוטרופוס או פסק דין – אם ישנו.
- ✎ לפני הגשת התביעה - בדוק האם יש מסמכים נוספים (לאלה הרשומים לעיל) שעליך 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 / בדיקה מחדש
לקצבת נכות כללית
בקשה להענקה מטעמי צדק

שימו לב, פניה זו יכולה לשנות את אחוזי הנכות, דרגת אי הכושר או רמת התלות שלך.
השינוי יכול: • להעלות או להפחית את קצבת הנכות ושירותים מיוחדים • לשנות זכאות קבועה לזמנית

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מצב משפחתי
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.			
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה במשרד הפנים)			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
		ישוב	מיקוד

2 פרטים על הכנסות בעבור 15 החודשים האחרונים

הכנסות מעבודה

לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: _____

עבדתי והפסקתי לעבוד, תאריך הפסקת עבודה: _____ פרט את הסיבה: _____

עבדתי לסירוגין, פרט תקופות: _____

אני ממשיך לעבוד

האם ב- 15 החודשים האחרונים קיבלת דמי מחלה מהמעסיק?
 לא, כן, אני נמצא במחלה מתאריך _____ עד _____ (יש לצרף אישור)

הכנסות שלא מעבודה

האם יש לך או הייתה לך ב-15 החודשים האחרונים הכנסה שלא מעבודה, כמו תשלומים מחברת ביטוח (לדוגמה אובדן כושר), פנסיה (בישראל או מחו"ל), הכנסה מרכוש, תמיכה לתלמידי ישיבות וכדומה?
 לא, כן, פרט: _____ (יש לצרף אישור)

הגשתי תביעה לחברת ביטוח פרטית ואני צפוי לקבל מהם תשלומים (אם יתקבל דיווח על הכנסות אלו עלול להיווצר חוב)

על מנת להקל עליך ולזרז את הטיפול בתביעתך באפשרותנו לפנות באופן יזום למעסיקיך ומשלמי הפנסיה שלך, לרבות כאלו שהיו לך או שיהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב). אם אינך מסכים, ציין זאת:
 אני מסרב לכך שתפנו לקבל את נתוני ההכנסות באופן דיגיטלי.
 ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך ברור זכאותי.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

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

מתאריך (שנה, חודש)	סמן ב- " V " במחלה או התסמינים מהם אתה סובל	
	בעיה נפשית (מקבל טיפול)	<input type="checkbox"/> 1
	הפרעות בבלוטת התריס	<input type="checkbox"/> 2
	יתר לחץ דם	<input type="checkbox"/> 3
	ליקוי שכלי	<input type="checkbox"/> 4
	ליקוי שמיעה	<input type="checkbox"/> 5
	ליקויי ראייה ומחלת עיניים -האם קיבלת תעודת עיוור ממשרד הרווחה- השירות לעיוור <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן נמצא בתהליך הכרה לתעודת עיוור <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> 6
	מחלה אורטופדית (גפיים עליונות ותחתונות, גב, צוואר, דלקת פרקים)	<input type="checkbox"/> 7
	מחלות בתחום נוירולוגי (כולל אלצהיימר, פרקינסון, אפילפסיה ואירוע מוחי)	<input type="checkbox"/> 8
	מחלות דרכי עיכול (כולל קיבה ומעינים)	<input type="checkbox"/> 9
	מחלת כבד (כולל צהבת)	<input type="checkbox"/> 10
	מחלת כליות (כולל דיאליזה)	<input type="checkbox"/> 11
	מחלת לב	<input type="checkbox"/> 12
	מחלת עור	<input type="checkbox"/> 13
	מחלת ריאות (כולל אסטמה)	<input type="checkbox"/> 14
	סכרת	<input type="checkbox"/> 15
	סרטן (כולל לימפומה ולוקמיה)	<input type="checkbox"/> 16
	נפגע/ת תקיפה מינית	<input type="checkbox"/> 18
	אחר _____	<input type="checkbox"/> 19

פרטים נוספים

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

פניתי או בכוונתי לפנות ל"יד מכוונת" לקבלת ייעוץ והכנה לקראת הוועדה הרפואית בחינם (מוקד 2496*)
 אני מסרב לוועדה בווידאו צ'ט

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.

נא לחתום למטה אם אתה מעוניין שהנכות הרפואית תיקבע על בסיס מסמכים בלבד.

חתימת התובע * _____

4

אם המבוטח מיוצג ע"י עו"ד או חברה או אם אינו יכול להגיש תביעה עקב מצבו הבריאותי, על מגיש התביעה למלא את הפרטים הבאים:

פרטי מגיש התביעה			
מספר זהות _____	שם פרטי _____	שם משפחה _____	יחס קרבה לתובע <input type="checkbox"/> קרוב משפחה <input type="checkbox"/> אפוטרופוס <input type="checkbox"/> עו"ד <input type="checkbox"/> חברה מייצגת <input type="checkbox"/> רו"ח <input type="checkbox"/> אחר: _____
דואר אלקטרוני _____@_____	טלפון להתקשרות _____		<input type="checkbox"/> יפוי כוח <input type="checkbox"/> צו אפוטרופסות <input type="checkbox"/> פסק דין <input type="checkbox"/> אחר: _____ אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצרך העתק
חתימה * _____			תאריך _____

5

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

סוג חשבון		שמות בעלי החשבון		
<input type="checkbox"/> פרטי	<input type="checkbox"/> קיבוץ	_____	_____	_____
מספר חשבון		מס' סניף	שם הסניף / כתובתו	שם הבנק
_____		_____	_____	_____

6

הצהרת התובע או מגיש התביעה

אני החתום מטה תובע קצבת נכות, ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה זו 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 ו/או מאסר. 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 בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך זה. ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותי 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 www.btl.gov.il < יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות. אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותי מצדדי ג', בהתאם לדין.

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.

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 כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לקצבה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום מהיום בו אירע.

כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

אני מסכים בזאת שפקיד שיקום ייתן חוות דעת בנוגע לכושר השתכרותי על סמך שיחת טלפון או שיחת וידאו. ידוע לי שחוות דעת זאת של פקיד שיקום, ניתנת לצורך בדיקת זכאותי לקצבת נכות.

אני מסכים להיבדק לצורך בדיקת זכאות לגמלת שירותים מיוחדים, אם תהיה המלצה של רופא הסניף על בדיקה זו.

אני מסכים להעביר מידע למשרד הרווחה במידה ויקבעו לי 90% נכות רפואית בגין ליקוי ראייה או לצורך ביצוע אבחון למוגבלות שכלית התפתחותית.

אני מבקש שתעבירו מידע על אודותי לגורמים נותני הטבות לצורך בחינת זכאותי להטבות. ידוע לי כי הביטוח הלאומי לא יישא באחריות ישירה או עקיפה בגין העברת המידע ו/או השימוש בו על ידי הגורמים הרלוונטיים

חתימת התובע או מגיש התביעה * _____ תאריך _____



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית

אישור המעסיק על תקופת ההעסקה

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 ב"ס
<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"/> ממשיך לעבוד: חלקיות משרה _____		
<input type="checkbox"/> העובד שהה על חשבון ימי מחלה מתאריך _____ ועד _____		
מתאריך _____ ועד _____		
<input type="checkbox"/> העובד עדיין שוהה על חשבון ימי מחלה וטרם שב לעבודתו		
<input type="checkbox"/> יתרת ימי מחלה שלא נוצלו _____		
האם שולמו (למעט דמי מחלה) תשלומים כלשהם מיום הפסקת העבודה בפועל ועד ליום הפרישה (עד ניתוק יחסי עובד-מעביד)		
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		

הצהרה
אני החתום מטה מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו של העובד
תאריך _____ חתימת ממלא הטופס ותפקידו * _____ חתימה וחותמת המעסיק/העסק * _____