**המוסד לביטוח לאומי**
מינהל הגמלאות
ביטוח נפגעי עבודה

**בל/ 279**

# תביעה להכרה כנכה נזקק לפי תקנה 18א'

## חובה לצרף לטופס זה

- **שכיר – אישור המעסיק כמפורט בעמוד 2 בטופס תביעה זה.**
- **עצמאי/ בעל שליטה – דוחות מע"מ לתקופה המבוקשת בתביעה זו.**
- ניתן לצרף כל מסמך רלוונטי אחר – אישור רופא תעסוקתי / תעודות רפואיות לתקופה המבוקשת / מסמכים רפואיים אחרים.

## לידיעתך

- **הכרה כנכה נזקק יכול לקבל מי שוועדה רפואית קבעה לו דרגת נכות זמנית.**
- **נכה נזקק הוא מי שעונה על <u>שני</u> התנאים הבאים:**
  - אין לו סיכוי סביר ומסוגלות לעבוד בעבודה כלשהי.
  - אין לו הכנסה - מעבודה כשכיר או כעצמאי (עצמאי שהעסק שלו פעיל, אף אם אינו עובד בו בפועל, נחשב כמי שיש לו הכנסה מהעסק) **או** מגמלה מחליפת שכר.
- **את התביעה יש להגיש עד 12 חודשים מהמועד בו נקבעה דרגת נכות זמנית.**
- **באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר**. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני. במקום מכתב בדואר ,יישלח אליך אי מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.

## כיצד יש להגיש את התביעה

- **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
  - 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 ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט.www.btl.gov.il .

## <u>חובה לחתום על טופס התביעה</u>

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

**המוסד לביטוח לאומי**
מינהל הגמלאות
נפגעי עבודה

# תביעה להכרה כנכה נזקק
לפי תקנה 18 א'

| חותמת קבלה | לשימוש פנימי בלבד (סריקה) |
|---|---|
| | מס' זהות / דרכון<br>דפים<br>סוג המסמך |

**תאריך הפגיעה בעבודה** יום חודש שנה

## 1 פרטי התובע

| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות | ס"ב |
|---|---|---|---|
| | | | |

## 2 פרטים על עיסוקי לפני הפגיעה – נא סמן במקום המתאים

☐ **שכיר** – מקום העבודה _____

מעמד: ☐ זמני ☐ קבוע

ותק במקום העבודה: _____ . מקצוע _____

הוצעה לי עבודה אחרת ע"י מעבידי: ☐ כן ☐ לא, ציין את הסיבה_____

**חובה להחתים את המעביד, במקום העבודה בו נפגעת, על סעיף 4 בטופס זה.**

☐**עצמאי/בעל שליטה** ☐ העסק בבעלותי ☐ שותפות * יש לצרף דוחות מע"מ של העסק לתקופה המבוקשת

מצב העסק כיום : ☐ סגור ☐ הפעילות צומצמה ☐ אין שינוי בפעילות העסק

אני מעסיק עובדים : ☐ לא ☐ כן

**ברצוני להוסיף על האמור לעיל**: _____

## 3 הצהרה

אני מצהיר בזאת שבתקופה מתאריך _____ עד תאריך _____ , לא הייתה לי כל הכנסה מן המקורות שלהלן: הכנסה מהתעסקות, ואינני זכאי עבור תקופה זו לכל תשלום מאת מעבידי.

**ידוע לי, כי אם תאושר זכאותי כנכה נזקק, תבוטל זכאות לאבטלה(אם יש כזו). ידוע כי מחובתי לעדכן את המוסד לביטוח לאומי מיד עם שובי לעבודה.**

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה 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 או מאסר.

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 אודותיי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך זה.

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 www.btl.gov.il > יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות..

אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

☐ **אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.**

תאריך_____ שם _____ חתימה ✕ _____

## 4 סיוע וייצוג בהגשת התביעה

אם התביעה הוגשה בסיוע או על ידי מייצג: ❑ עו"ד ❑ חברת מימוש זכויות ❑ יד מכוונת ❑ ביה"ח ❑ אחר _____

נא לציין את שם הגוף המסייע / המייצג _____ תאריך תחילת התקשרות _____

## 5 אישור המעסיק למוסד לביטוח לאומי

שם המעסיק _____ מספר תיק ניכויים _____

אני מאשר כי העובד _____ בעל מס' ת.ז. _____

מועסק בתפקיד _____

אופי העבודה _____

לא עבד בתקופה מתאריך _____ עד תאריך _____

הסיבה לכך _____

האם קבל שכר בתקופה זו ❑ כן ❑ לא עבור _____

הוצעה לו עבודה אחרת במפעל ❑ כן ❑ לא ,הסיבה_____

הערות: _____

תאריך: _____ שם החותם ותפקידו: _____ חתימה וחותמת ✕_____