



תביעה לקצבת נכות כללית, ובקשה להענקה מטעמי צדק

על מנת לייעל את הטיפול בתביעתך, אנא תצרף לתביעה 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 יפוי נוח, צו אפוטרופוס או פסק דין – אם ישנו.
- ☞ לפני הגשת התביעה - בדוק האם יש מסמכים נוספים (לאלה הרשומים לעיל) שעלייך לצרף, לפי הנחיות בגוף הבקשה.

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.
- ☞ **באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר**. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני. לידיעתך, המוסד יהיה פטור ממשלוח הודעות אלו גם בדואר.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ את טופס התביעה ניתן לשלוח בדואר, למסור לפקיד קבלת קהל בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך או להכניס לתיבת השירות המוצבת מחוץ לסניף.
- ☞ לשאלות ולבירורים ניתן לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345 (עם קוד סודי).
- ☞ מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il. כולל סרטון הדרכה למילוי הטופס.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית

תביעה קצבת נכות כללית
ובקשה להענקת מטעמי צדק

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> מס' זהות / דרכון _____ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> לשימוש פנימי בלבד (סריקה) </div> </div>	
סוג המסמך	דפים

חותמת קבלה

פרטי התובע

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות
ב"ס

מצב משפחתי

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

דואר אלקטרוני
 אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני

טלפון נייד

 אני מאשר קבלת הודעות SMS

טלפון קווי

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה בתעודת הזהות)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

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

לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: _____
 עבדתי והפסקתי לעבוד, פרט את הסיבה _____
 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: _____

האם ב-15 החודשים האחרונים קיבלת דמי מחלה בעבור תקופות שבהן לא עבדת, או תשלום כלשהו מחברת ביטוח עקב מחלה?

לא
 כן, מהמעסיק (צרך אישור)
 כן, מחברת ביטוח (צרך אישורים)

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'?

לא
 כן, פרט: _____ (צרך אישור)

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 בתחום המחלה?	האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?
1 <input type="checkbox"/> בעיה נפשית (מקבל טיפול)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
2 <input type="checkbox"/> הפרעות בבלוטת התריס		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
3 <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
4 <input type="checkbox"/> ליקוי שכלי		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
5 <input type="checkbox"/> ליקוי שמיעה		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
6 <input type="checkbox"/> ליקויי ראייה ומחלת עיניים		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
7 <input type="checkbox"/> מחלה אורטופדית (גפיים עליונות ותחתונות, גב, צוואר, דלקת פרקים)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
8 <input type="checkbox"/> מחלות בתחום נירולוגי (כולל אלצהיימר, פרקינסון, אפילפסיה ואירוע מוחי)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
9 <input type="checkbox"/> מחלות דרכי עיכול (כולל קיבה ומעינים)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
10 <input type="checkbox"/> מחלת כבד (כולל צהבת)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
11 <input type="checkbox"/> מחלת כליות (כולל דיאליזה)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
12 <input type="checkbox"/> מחלת לב		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
13 <input type="checkbox"/> מחלת עור		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
14 <input type="checkbox"/> מחלת ריאות (כולל אסטמה)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
15 <input type="checkbox"/> סכרת		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
16 <input type="checkbox"/> סרטן (כולל לימפומה ולוקמיה)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
17 <input type="checkbox"/> אחר _____		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
18 <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 נגרמה מתאונה? (תאונת דרכים, רשלנות, תקיפה וכד') לא כן, תאריך התאונה _____

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="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">שנה</td> <td style="text-align: center;">חודש</td> <td style="text-align: center;">יום</td> <td colspan="9"></td> </tr> </table>													שנה	חודש	יום										מספר זהות/דרכון <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></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	

פרטי העובד השכיר

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

העובד הועסק מתאריך _____ עד תאריך _____ הסיבה לפסקת העבודה: _____

פרש מהעבודה סופית בתאריך _____ ממשיך לעבוד: חלקיות משרה _____

ימי מחלה שלא נוצלו _____

ימי המחלה נוצלו במלואם בתאריך _____

פרטים על העבודה והשכר

יש למלא פרטים על עבודת השכיר ועל השכר ב-15 החודשים האחרונים או לחודשים שקדמו 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 * _____