



תביעה למתן שיקום מקצועי

חובה לצרף לטופס זה

תעודות ואישורים המעידים על השכלתך, הכשרות מקצועיות, ניסיון בעבודה ואבחונים שעברת.

לידיעתך

לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.

אין לראות באישור הזכאות לשיקום משום אישור לתכנית השיקום עצמה

כיצד יש להגיש את התביעה

את טופס התביעה רצוי להגיש במחלקת שיקום בסניף הביטוח הלאומי הקרוב למקום מגוריך.
לשאלות וביירוים יש לפנות לטלפון 02-6463488

לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
שיקום

עמוד 1 מתוך 3

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10%; height: 20px;"></div> </div> <p>מס' זהות / דרכון</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> </div> <p>סוג המסמך דפים</p>	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<h2>חותמת קבלה</h2>
--	----------------------------------	---------------------

תביעה למתן שיקום מקצועי

פרטי התובע					
<p>מספר זהות ס"ב</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>		<p>שם פרטי</p>		<p>שם משפחה</p>	
<p>תאריך לידה</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <p style="text-align: center;">יום חודש שנה</p>		<p>מין</p> <p>זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/></p>		<p>מצב משפחתי</p> <p>רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> נשואה <input type="checkbox"/></p> <p>פרודה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה בציבור <input type="checkbox"/></p>	
<p>נכה כללי <input type="checkbox"/> נפגע עבודה <input type="checkbox"/> אלמן/ת תלויים <input type="checkbox"/> אלמן/ת שאירים <input type="checkbox"/> בן/בת זוג של נכה <input type="checkbox"/> מתנדב <input type="checkbox"/></p>					
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
<p>דואר אלקטרוני</p>		<p>טלפון נייד</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS</p>		<p>טלפון קווי</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>	
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
<p>האם כתובת בן/בת הזוג זהה לכתובתך? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>					

פרטים על השכלה		
<p>סה"כ שנות לימוד</p>	<p>השכלתי היא: <input type="checkbox"/> יסודית <input type="checkbox"/> אקדמאית <input type="checkbox"/> מקצועית <input type="checkbox"/> תורנית <input type="checkbox"/> תיכונית <input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____</p>	
<p>מוסד הלימודים האחרון בו למדת</p>		
<p>שם המוסד</p>	<p>שם היישוב</p>	<p>חוג/מסלול לימודים</p>
<p>האם סיימת לימודיך? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא. סיבת הפסקת הלימודים: _____</p>		
<p>הערות/בעיות מיוחדות העשויות להשפיע על התמודדות בלימודים (יש לצרף מסמכים ואבחונים מתאימים):</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		

פרטים העבודה נוכחית

3

מקצוע/משלח יד: _____

האם יש לך תעודה מקצועית? לא כן. פרט _____

האם קיבלת סיוע במימון הכשרה מקצועית מגורם כלשהוא?
 לא כן, קיבלתי הכשרה מסוג _____ מהגורם _____

האם אתה עובד כעת? לא, מדוע? _____

כן, תאריך התחלה _____ תפקיד _____ מקום העבודה _____

פרטי ניסיון תעסוקתי (ניתן לצרף קורות חיים לחילופין)

4

מקום העבודה	תפקיד	תקופת העבודה	מס' שעות עבודה ביום / היקף משרה	סיבת הפסקת העבודה או השינוי

פרטים נוספים של התובע

5

לנכה: תאריך הפגיעה _____
 פרט את המגבלות מהן אתה סובל כתוצאה מהפגיעה/המחלה _____

אחוזי הנכות שנקבעו לך בוועדה הרפואית: % _____
 האם אחוזי הנכות נקבעו לצמיתות זמנית, עד תאריך _____

לבן/בת זוג של נכה שאינו ניתן לשיקום מקצועי: שם הנכה _____ ת.ז. _____

לאלמן: תאריך התאלמנות _____
 האם אתה סובל ממגבלות רפואיות? לא כן, פרט: _____

נסיבות הפנייה לשיקום מקצועי

6

1. פרט את נסיבות פנייתך לשיקום מקצועי _____

2. פרט הצעות/בקשות מיוחדות בקשר לשיקומך _____

3. האם יש לך זכאות במימון לימודים מגורם אחר?
 לא
 כן, הגורם הינו: משרד הביטחון משרד הבריאות משרד הרווחה מינהל הסטודנטים אחר: _____
 פרטים על הזכאות _____

פרטי חשבון הבנק של התובע

7

אם יגיעו לי תשלומי שיקום אבקש להעבירם לזכות חשבון הבנק המפורט להלן

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: לחשבון הקיבוץ / המושב לחשבוני הפרטי

אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.
 אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון החשבון.
 אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.
 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 פרטי מושכי התשלומים.

_____ x _____ x _____
 תאריך חתימת מקבל התשלום חתימת/חתימות השותפים לחשבון

הצהרה

8

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
 ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה 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 כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

_____ x _____
 תאריך חתימת התובע