



## תביעה לקצבת נכות כללית, ובקשה להעניקה 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 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.

### 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 ולברורים ניתן לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345 (עם קוד סודי).

### 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](http://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 להענקה מטעמי צדק

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

**חותמת קבלה**

<b>1 פרטי התובע</b>					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ב"ס _____	
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד _____		דואר אלקטרוני		
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה בתעודת הזהות)</b>					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

<b>2 פרטים על עבודה בעבור 15 החודשים האחרונים (יש לרשום את הפרטים ולצרף אישורי שכר)</b>					
<input type="checkbox"/> לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: _____					
<input type="checkbox"/> עבדתי והפסקתי לעבוד, פרט את הסיבה _____					
<input type="checkbox"/> אני ממשיך לעבוד					
<b>פרטים על העבודה</b>					
שם פרטי מקום העבודה (עבודה היום או עבודה אחרונה)	תפקיד	תקופת עבודה		מס' שעות עבודה ביום או היקף משרה	הכנסה (ברוטו)
שם _____		עד תאריך	מתאריך		
טלפון: _____					
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 (צרך אישור) <input type="checkbox"/> 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'?					
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> 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 נוירולוגי (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**

	<b>תאריך תביעה</b> <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> </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="8"></td> </tr> </table>												שנה	חודש	יום									<b>מספר זהות/דרכון</b> <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>																					<b>קוד גמלה</b>  <b>33</b>
שנה	חודש	יום																																											
שם פרטי		שם משפחה																																											

חבר בקופת חולים

כללית  
  מאוחדת  
  מכבי  
  לאומית  
  אחר \_\_\_\_\_

**הצהרה**

אני הח"מ, שפרט"י 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 אודותי.

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

**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 \* \_\_\_\_\_