



## תביעה לבדיקה מחדש של זכאי לגמלת סיעוד עקב טענת החמרה

**הטופס מיועד למילוי על ידי התובע, בן משפחה או מכר ולא על ידי חברה נותנת שירותי סיעוד תובע נכבד, קביעת הזכאות לגמלת הסיעוד נקבעת על ידי "הערכת תלות". בהערכה נבדקת מידת התלות של התובע בעזרת הזולת בפעולות היום יום ומידת הצורך בהשגחה.**

הערכת התלות תתאפשר במספר דרכים:

1. הערכת תלות בבית התובע המבוצעת על ידי מעריך מוסמך מטעם הביטוח הלאומי. המעריך יתאם מועד לביצוע ההערכה לאחר קבלת התביעה והמסמכים הרפואיים. אם קיימת ירידה קוגניטיבית אצל התובע על בן משפחה או אפוטרופוס להיות נוכח בבדיקה. במצב זה יש למלא את סעיף 2 בטופס.
2. הערכת מידת התלות שתקבע על סמך המידע שנמסר במכתב הסיכום הרפואי. ראה הנחיות בנספח א'.
3. הערכת תלות לבני 90 ומעלה שתבוצע על ידי רופא מומחה בגריאטריה ללא עלות במסגרת עבודתו במוסד רפואי ציבורי. למען הסר ספק, אין לבצע בדיקה במסגרת הביטוח המשלים (שב"ן) או במסגרת פרטית לרבות שר"פ בבית חולים. ראה נספח ב'.

### לטופס התביעה יש לצרף את המסמכים הבאים

1. **מכתב סיכום רפואי עדכני חתום ע"י רופא מטפל, רופא מומחה וסיכומי אשפוז אם קיימים. ניתן לצרף מידע רלוונטי שנמסר מגורמים מטפלים נוספים (אח המרפאה, פיזיותרפיסט, עובד סוציאלי וכולי)**  
ראה הנחיות בנספח א'.

### לידיעת הזכאים לגמלת סיעוד ברמה ראשונה

אם תמצא זכאי לרמת זכאות גבוהה יותר (מרמה 2 והלאה) לא תוכל לקבל את מלוא הגמלה בכסף. ברמות 2 עד 6 ניתן לקבל גמלה כספית בשווי של עד 1/3 הגמלה או שווי של עד 4 יחידות בכסף. קבלת עד 1/3 הגמלה בכסף מותנית באישור וביקור עובד סוציאלי בביתך.

### כיצד יש להגיש את הבקשה

- יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו.
  - עליך לצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בטופס התביעה.
  - את הבקשה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
  - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://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 ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*2637, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
ביטוח סיעוד

**תביעה לבדיקה מחדש של  
זכאי לגמלת סיעוד עקב  
סענת החמרה**

עמוד 1 מתוך 6

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>מס' זהות / דרכון</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>סוג המסמך</span> <span>דפים</span> </div> </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	<b>חותמת קבלה</b>
<b>תאריך קובע</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"> <span>שנה</span> <span>חודש</span> <span>יום</span> </div>	<b>תאריך תביעה</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"> <span>שנה</span> <span>חודש</span> <span>יום</span> </div>	

**1 פרטי התובע**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב			
<b>התובע נמצא כעת ב:</b> <input type="checkbox"/> בכתובת מגוריו <input type="checkbox"/> בבית חולים שם בית החולים _____ מחלקה _____ תאריך שחרור _____ <input type="checkbox"/> בכתובת אחרת. פרט: אצל _____ כתובת: _____					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני: _____ @ _____			
<b>אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:</b>					
שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב			
<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.					

**2**

**בן/בת משפחה או אפוטרופוס – לתאום ביקור לביצוע הערכת תלות**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• יש לצרף אישור על מינוי אפוטרופוס</li> <li>• כדי לתאם ביקור עם גורם אחר יש לצרף לתביעה בקשה שתכלול נימוקים ותיאור מפורט של הקשר עם התובע.</li> </ul>		
שם משפחה	שם פרטי	הקשר לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	

**3**

**האנשים הגרים עם התובע**

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	יחס קרבה	שנת לידה	ציין אם קיימת הגבלה בתפקוד ואם מקבל גמלת סיעוד/שירותים מיוחדים או אחרת בשל מגבלה זו
ס"ב					
1					
ס"ב					
2					

4

**הרקע להחמרת המצב**

ציין את הסיבה להחמרת המצב

- שינוי במצב רפואי. פרט \_\_\_\_\_
- שינוי במצב משפחתי \_\_\_\_\_
- אחר, פרט \_\_\_\_\_

5

**פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי**

1. האם התלולות בזולת נגרמה כתוצאה מתאונה (תאונת דרכים או תאונה אחרת)?

לא  כן, פרט: סוג התאונה:  תאונת דרכים  תאונה אחרת

תאריך התאונה: \_\_\_\_\_ מקום התאונה: \_\_\_\_\_

נסיבות אירוע התאונה: \_\_\_\_\_

2. האם נמסרה הודעה למשטרה?

לא  כן, לתחנת המשטרה ב: \_\_\_\_\_ מס' תיק: \_\_\_\_\_

כתובת תחנת המשטרה: \_\_\_\_\_

3. האם הגשת או תגיש תביעה לפיצוי נזיקין?

לא  כן, בתאריך: \_\_\_\_\_

מיהו הנתבע: \_\_\_\_\_ מס' התיק: \_\_\_\_\_

4. עורך הדין המייצג אותך בתביעה:

שם: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

5. האם קיבלת פיצוי נזיקין בגין התאונה?

טרם קיבלתי פיצוי  קיבלתי פיצוי בסך \_\_\_\_\_ מאת \_\_\_\_\_ בתאריך \_\_\_\_\_

6

**תיאור המצב התפקודי (ניידות, הלבשה, רחצה, אכילה, טיפול בהפרשות) והקוגניטיבי (צורך בהשגחה למניעת סכנה בשל בעיות קוגניטיביות) והצורך בעזרה בבית:**

נא פרו את המצב התפקודי, הקוגניטיבי וסוג העזרה הביתית הנדרשת:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### הצהרת התובע ו/או מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים בבקשה לבדיקה מחדש 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 ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

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

בנוסף אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

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.

אם אהיה זכאי להטבות, אני מסכים להעברת המידע עליי, לגורמים נותני הטבות.

x

תאריך שם פרטי ומשפחה חתימת התובע / מקבל הגמלה / מגיש התביעה

#### למלא אם מגיש התביעה אינו התובע:

הקשר לתובע			טלפון קווי			טלפון נייד		
רחוב		מספר בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד		



**נספח א'**  
**הנחיות לכתיבת מכתב**  
**סיכום רפואי**

נא הצג לרופא

כדי לשקול אפשרות ביצוע הערכה תפקודית על סמך מידע רפואי ללא ביקור מעריך, מומלץ לצרף לתביעה מכתב סיכום רפואי מהרופא המטפל.  
ניתן לצרף במכתב מידע שנמסר מגורמים מטפלים נוספים כגון: אח המרפאה, פיזיותרפיסט, עובד סוציאלי, רופאים מומחים ועוד.

במכתב סיכום רפואי רצוי שיופיעו הפרטים הבאים:

- **סיבת ההפניה לביטוח לאומי**
- **נתונים דמוגרפים:** גר לבד, עם משפחה, תנאי דיור וסביבת מגורים, עיסוק ופעילות שגרתית של הנבדק.
- **מידע רפואי עדכני:** המחלות העיקריות מהם סובל החולה, אשפוזים, ניתוחים, נפילות, אירועים המסכנים חיים, הפרעות בשמיעה או לקות ראייה.
- **הערות נוספות המתייחסות ל:**
  - **תיאור מפורט של התסמינים הקליניים העלולים להשפיע על יכולת התפקוד של החולה בחיי היום יום (ADL) בבית.** לדוגמא: תלונות על כאב, חולשה, קוצר נשימה, בצקות, רעד, מצב תזונתי. אצל חולים הסובלים מתנודות במצב תפקודי, יש לציין את המאפיינים של התנודות.
  - **תיאור מפורט של יכולת הניידות של הנבדק:** יכולת הקימה וההליכה, יציבות בהליכה, טווח תנועה, חסרים נויורולוגים, סימני מאמץ, יכולת להשלים פעולה ברצף, שימוש באביזרי עזר וכולי.
- **תוצאות בדיקות אבחון מקובלות ותוצאות כלים אבחוניים נירוי פסיכולוגים לבעלי מגבלה קוגניטיבית.**  
(COGNITIVE SCREENING TOOLS).
- **טיפולים מיוחדים ותרופות.**
- **מסגרות טיפוליות** כגון אשפוז יום, אשפוז בית, הוספיס בית.
- **תקופת המוגבלות** הערכה בדבר שיפור במצב הנבדק, ואם כן תוך כמה זמן.

**נספח ב'**  
**הערכת תפקודית של**  
**רופא מומחה בגריאטריה**  
**לבני 90+**

המוסד לביטוח לאומי  
 מינהל הגמלאות  
 סיעוד



לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	
סוג המסמך	דפים
08	

שם הנבדק: \_\_\_\_\_ שנת לידה: \_\_\_\_\_

ת"ז \_\_\_\_\_

**בדיקת רופא מומחה בגריאטריה היא ללא עלות בעבור התובע ואין לבצעה בזמן אשפוז. הערכת תפקוד בפעולות היום יום על ידי רופא מומחה בגריאטריה אפשרית למי שמלאו לו 90 שנה ויותר**

לרופא – נא הקף **בעיגול** כל סעיף, במקום המתאים על פני הרצף. על הציון לבטא צורך בעזרה שהנבדק זקוק לה בדרך כלל, הן מסיבות של מגבלה מוטורית והן מסיבות של מגבלה מנטלית.

**נמק את מסקנתך לגבי התפקוד בסעיף, ציין את הסיבה הרפואית ופרט האם התרשמת מהדגמה, מתצפית או מדיווח.**

**האם סובל מעיוורון מוחלט? (לפחות 3/60 בשתי העיניים או שדה ראייה עד 19 מעלות, או קיימת תעודת עיוור)  לא  כן**

**ניידות – יש להתייחס לתנועה בתוך הבית בלבד**

7	6	5	4	3	2	1
מרותק לכסא/למיטה, תלוי לחלוטין באדם אחר		נייד בעזרת מכשיר או בלעדיו, אך זקוק לעזרת אדם אחר, או זקוק להכוונה בשל חוסר תובנה או עיוורון, או עצמאי בשימוש בכסא גלגלים כולל מעברים			עצמאי בניידות בעזרת מכשיר או בלעדיו, ללא מאמץ או במאמץ קל	

נמק את מסקנתך \_\_\_\_\_

**1. נפילות**

7	6	5	4	3	2	1
נופל בתדירות גבוהה לפחות אחת לשבוע ואינו קם לבדו		נופל בתדירות נמוכה כפעם בחודש בממוצע בשלושת החודשים האחרונים ואינו קם לבדו, או נפל פעמיים בחודש האחרון ואינו קם לבדו			אינו נופל, או נופל לעיתים רחוקות, או נופל וקם ללא עזרה	

נמק את מסקנתך \_\_\_\_\_

**2. הלבשה**

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה בלישת מכנסיים, חולצה, פרוטזה, הכוונה צמודה בשל חוסר תובנה		זקוק לסיוע או לדרבון קל בהלבשה (לכפתר, לגרוב גרביים, לבחור בגד, אביזר אורטופדי)			מתלבש ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל	

נמק את מסקנתך \_\_\_\_\_

**3. רחצה**

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה מלאה כולל רחצת פנים, או מסרב בשל חוסר תובנה		עצמאי ברחצת פנים אך זקוק לעזרה פעילה או הכוונה צמודה ברחצת פלג גוף עליון או תחתון		זקוק לסיוע או לדרבון קל ברחצה (כניסה למתקן הרחצה, נוכחות, חפיפת ראש, רחצת כפות רגליים)		מתרחץ ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל

נמק את מסקנתך \_\_\_\_\_

**הערכת תפקוד בפעולות – המשך**

**5. אכילה ושתייה**

7	6	5	4	3	2	1
תלוי לחלוטין בכל פעולות האכילה כולל שתייה או הזנה מלאכותית, או מסרב בשל חוסר תובנה	זקוק לעזרה בהאכלה (או שתייה)		זקוק לסיוע בנטילת תרופות, עיוורון מוחלט, אינו מחמם או מגיש לעצמו מנת מזון			אוכל ושותה ללא עזרה כולל חימום והגשת מנת מזון, ללא מאמץ או במאמץ קל

נמק את מסקנתך \_\_\_\_\_

**6. הפרשות**

7	6	5	4	3	2	1
אינו שולט בשני הסוגרים ותלוי לחלוטין בכל הפעולות (ניידות, הלבשה וטיפול בהיגיינה אישית)	משתמש בשירותים/ אביזרים אך זקוק לעזרה בשלוש הפעולות	משתמש בשירותים/ אביזרים אך זקוק לעזרה בשתיים מהפעולות	משתמש בשירותים/אביזרים אך זקוק לעזרה באחת מהפעולות: ניידות, הלבשת חלק תחתון, היגיינה אישית		זקוק לסיוע קל (ריקון בקבוק, החתלה או ליווי בלילה)	עצמאי בכל הקשור לטיפול בהפרשות

נמק את מסקנתך \_\_\_\_\_

**7. השגחה**

7	6	5	4	3	2	1
מסכן את עצמו או את להשאירו לבד לפרקי זמן קצרים	מסכן את עצמו או את להשאירו לבד לפרקי זמן קצרים	זקוק להשגחה בביצוע רוב פעולות היום ויש ירידה בתובנה ובזיכרון, אך ניתן להשאירו לבד לפרקי זמן מסוימים				אינו מסכן את עצמו או את סביבתו

נמק את מסקנתך, אם מדובר בזקן בעל ירידה קוגניטיבית, נא פרט את עיקרי הממצאים של הבדיקה הקוגניטיבית.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**פרק הזמן למגבלה - אנא סמן האם צפוי שינוי במהלך ששת החודשים הבאים:**

צפויה הטבה בעוד \_\_\_\_\_ חודשים  צפויה יציבות  צפויה החמרה

**הצהרה ופרטי הרופא המומחה בגריאטריה שביצע הערכה זו**

1. מילאתי טופס זה על סמך בדיקתי.

פרטי המוסד הרפואי :

שם המוסד הרפואי הציבורי \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

2. בחר באחת מהאפשרויות

מילאתי טופס זה על סמך בדיקתי והערכה גריאטרית שערכתי בתאריך \_\_\_\_\_

מילאתי טופס זה לפי בדיקתי בתאריך \_\_\_\_\_ ועל סמך הערכה גריאטרית שערך ד"ר \_\_\_\_\_ בתאריך \_\_\_\_\_ (נא לצרף את הערכתו).

שם הרופא המומחה בגריאטריה \_\_\_\_\_ חותמת המוסד הרפואי ציבורי או המרפאה \_\_\_\_\_

חתימה \* \_\_\_\_\_ חותמת \_\_\_\_\_

לתשומת לב הרופא המומחה בגריאטריה, מסמך זה אינו תחליף לתדפיס המידע הרפואי של התובע. רצוי לצרף מכתב המסכם את בדיקתך, כמקובל בייעוץ רפואי, לרבות בעיות הדורשות טיפול ולהעביר עותק לרופא המטפל כדי לשמור על רצף רפואי.