



**הסכמה להעברת תביעה לגמלת סיעוד באמצעות בית חולים**

תביעה:  רגילה  בשלב טרום - ניתוח/ לקראת מעבר למחלקת שיקום  ממרפאת חוץ  
אם מונה לתובע אפוטרופוס, יש לצרף צו אפוטרופוסות

**1**

**פרטי התובע**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**מצב משפחתי:**  רווקה  נשוי/אה  ידועה/בציבור  גרושה  פרודה  אלמן/ה

**שפות דיבור:** \_\_\_\_\_

התובע מתגורר:  בכתובת הרשומה במשרד הפנים  במוסד \_\_\_\_\_

בכתובת אחרת \_\_\_\_\_ אצל: \_\_\_\_\_ קרבה לתובע: \_\_\_\_\_

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם של התובע – נא השלם את הפרטים הבאים:**

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.

תאריך שחרור צפוי: \_\_\_\_\_

**פרטים על בן/בת זוג**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

האם בן/בת הזוג הגישה תביעה לגמלת סיעוד או מקבלת גמלת סיעוד?  כן  לא

האם מתוכנן אשפוז?  לא  כן, תאריך אשפוז מתוכנן \_\_\_\_\_

**תעודת עיוור:**

האם ברשותך תעודת עיוור?  לא  כן

האם פתחת בתהליך לקבלת תעודת עיוור?  לא  כן

**כתובת למשלוח דואר** (ימולא רק אם בן המשפחה או האפוטרופוס מבקש לשלוח מכתבים לכתובת שונה מהכתובת שבה מתגורר התובע)

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2 האנשים הגרים עם התובע**

**2**

האם מתגוררים אנשים נוספים עם התובע?

לא  כן אם כן, נא למלא:

שם משפחה	שם פרטי	ת"ז	יחס קרבה

**3 בן/בת משפחה או אפוטרופוס – להשלמת מידע או אם בן משפחה/אפוטרופוס מבקש שההתקשרות תהיה באמצעותו**

**3**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	ס"ב
טלפון קווי	טלפון נייד		

נא לציין אם מעוניין להיות נוכח בעת הביקור  כן  לא

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.

**4 הצהרה על הכנסות**

**4**

- אני מצהיר שאין לי ולבן/בת זוגי הכנסות פרט ל:  קצבאות מהמוסד לביטוח לאומי,  פנסיה ישראלית,  הכנסות בתור עצמאי  רנטה של ניצולי שואה. במקרים אלה, אין צורך לצרף אישורים.
- אני מצהיר שאני  שכיר  ו/או מקבל:  קצבה סוציאלית מחו"ל  הכנסות משכר דירה  הכנסות מתגמולים אחרים;
- אני מצהיר שבן/בת זוגי  שכיר  ו/או מקבל:  קצבה סוציאלית מחו"ל  הכנסות משכר דירה  הכנסות מתגמולים אחרים;
- אני מצהיר שאין לי ולבן/בת זוגי הכנסות כלל.  
**נא לצרף מסמכים על מקורות ההכנסה שצינת**

**5 קבלת תשלום או שירותים בעבור טיפול אישי או עזרה בבית ממשרד הביטחון**

**5**

לא מקבל

מקבל:  תשלום כספי  שירותים

6

**פרטי חשבון בנק**

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: <input type="checkbox"/> לחשבון הקיבוץ / המושב <input type="checkbox"/> לחשבוני הפרטי			
ברשותי חשבונות בנק נוספים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בנק _____ סניף _____ מס' חשבון _____ 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 הפרטים של מושכי התשלומים. אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יא עלי להמציאם לפי דרישה.			
תאריך	חתימת מקבל התשלום	✕	

7

**פרטים על תביעת נזיקין**

- האם התלות בזולת כולה או מקצתה נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים?  כן  לא
- האם התלות בזולת נגרמה כתוצאה אירוע תאונתי אחר (רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר וכד')?  
 לא  כן, נא פרט: **חובה לענות על שאלות אלו**  
 תאריך התאונה: \_\_\_\_\_ מקום התאונה: \_\_\_\_\_  
 נסיבות אירוע התאונה: \_\_\_\_\_
- האם נמסרה הודעה למשטרה?  
 לא  כן, לתחנת המשטרה ב: \_\_\_\_\_ מס' תיק: \_\_\_\_\_  
 כתובת תחנת המשטרה: \_\_\_\_\_
- האם הגשת או תגיש תביעה לפיצוי נזיקין?  לא  כן, בתאריך: \_\_\_\_\_  
 מיהו הנתבע: \_\_\_\_\_ מס' התיק: \_\_\_\_\_
- עורך הדין המייצג אותך בתביעה:  
 שם: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_  
 כתובת: \_\_\_\_\_

8

**הצהרת התובע או מגיש התביעה (בשמו)**

אני החתום מטה תובע גמלת סיעוד ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, היא עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין 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;  
 כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.  
 כמו כן, אני מצהיר בזה, כי פרט להכנסות שצוינו לעיל אין לתובע או לבן/בת זוג/ה הכנסות נוספות.  
 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 להעביר את המידע עליי, לגורמים נותני ההטבות.

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_  
 חתימת התובע / מגיש התביעה ✕

**למלא אם מגיש התביעה אינו התובע:**

הקשר לתובע		טלפון קווי		טלפון נייד	
רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <table border="1"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <p>מס' זהות / דרכון</p> </div> </div>													<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <table border="1"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px; text-align: center;">7</td> <td style="width: 15px; height: 15px; text-align: center;">8</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <p>סוג המסמך</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <table border="1"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table> </div> </div>	7	8											
7	8												

### חותמת קבלה

**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
סיעוד



**כתב ויתור סודיות רפואית**

**שם הגמלה: סיעוד**

<p>תאריך תביעה</p> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">שנה    חודש    יום</p>												<p>מספר זהות/דרכון</p> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>																					<p>קוד גמלה</p> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">96</p>
שם פרטי		שם משפחה																															
<p>חבר בקופת חולים: <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____</p>																																	

הצהרת המבוטח או האפוטרופוס

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, או האפוטרופוס של המבוטח, להלן הפרטים האישיים של האפוטרופוס:

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_

מוותר על הסודיות הרפואית שלי ו:

נותן בזה את הסכמתי למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי אודותי. חתימת המבוטח או האפוטרופוס ✘ \_\_\_\_\_

נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי למסור לנותן השירותים שיספק לי את שירותי הסיעוד, מידע רפואי וסוציאלי אודותי הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד. חתימת המבוטח או האפוטרופוס ✘ \_\_\_\_\_

נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לרשות ההגירה ו לקבל מרשות ההגירה, מידע רפואי וסוציאלי אודותי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד. חתימת המבוטח או האפוטרופוס ✘ \_\_\_\_\_

נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור למחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית ולקבל מהמחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית מידע רפואי וסוציאלי אודותי, לרבות מידע על גמלת הסיעוד, לו אקבלה. חתימת המבוטח או האפוטרופוס ✘ \_\_\_\_\_

נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לקופ"ח בה אני מבוטח את תוצאות הערכת התלות שתערכנה בגין תביעה זו. חתימת המבוטח או האפוטרופוס ✘ \_\_\_\_\_