



## תביעה לקצבת נכות כללית, הצהרה למחלקת הביטוח והגביה ותביעה להענקה מטעמי צדק \*

### חובה לצרף לטופס זה

- ✍ אישורים רפואיים עדכניים או מילוי נספח ב' לטופס על-ידי הרופא, סיכומי מחלה, ודו"חות סיכומים (אם ישנם).
- ✍ אם הנך שכיר:
  - ✍ אישורים על הכנסות מעבודה (תלושי שכר).
  - ✍ אישורים של מעביד על ההכנסות ב-15 החודשים האחרונים (נספח ג' חתום ע"י המעביד).
  - ✍ אם קבלת דמי מחלה או הפסקת לעבוד, חובה לצרף אישור המעביד (נספח ג' חתום ע"י המעביד).
- ✍ אם החותם על התביעה אינו תובע הגמלה עצמו, נא למלא גם את סעיף 3 ולהביא את האישורים הנדרשים בו.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ✍ את טופס התביעה יש לשלוח בדואר או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות וברורים יש לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345.
- ✍ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### לידיעתך

- ✍ על פי חוק, תאושר הקצבה לכל היותר בעבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.
  - ✍ משך זמן הטיפול בתביעה עלול להיות ממושך.
  - ✍ אם לך ולבן/בת זוגך אין אמצעי מחיה, מוצע לך לבדוק זכאותך בהבטחת הכנסה.
  - ✍ אם אתה בעל מוגבלות ברגליים, באפשרותך להגיש בנוסף תביעה לגמלת ניידות.
  - ✍ ייתכן וידרשו מסמכים נוספים לצורך קבלת הזכאות.
- \* אם התביעה תידחה בגלל חוב דמי ביטוח, השולל תשלום קצבה, ידון המוסד בזכות להענקה מטעמי צדק.

### חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
תביעה לקצבת נכות כללית

חותמת קבלה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מספר זהות / דרכון _____	מספר זהות של בן/בת זוג _____
דפים _____ סוג המסמך _____	_____

פרטי התובע

1

שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי (אנגלית)*	שם משפחה (אנגלית)*
תאריך לידה שנה _____ חודש _____ יום _____	תאריך עליה שנה _____ חודש _____ יום _____	מספר זהות _____	מספר זהות של בן/בת זוג _____
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה/ה <input type="checkbox"/> עגון/ה <input type="checkbox"/> ידועה/ה בציבור	ארץ לידה <input type="checkbox"/> ישראל <input type="checkbox"/> אחרת	
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי _____	טלפון נייד _____	דואר אלקטרוני _____	מיקוד _____
* אם ברשותך דרכון ישראלי, רשום את שמך כפי שרשום בדרכון. המידע דרוש לתעודת נכה.			
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
מיקוד _____	יישוב _____	מיקוד _____	_____

פרטים נוספים

2

השכלה

א. סך כל שנות הלימוד בבית-ספר (כולל אוניברסיטה): \_\_\_\_\_

ב. בית הספר האחרון בו למדת - שם בית הספר: \_\_\_\_\_ שם היישוב: \_\_\_\_\_

ג. קורסים בהם למדת - שם הקורס: \_\_\_\_\_ משך הלימודים: \_\_\_\_\_

שם הקורס: \_\_\_\_\_ משך הלימודים: \_\_\_\_\_

שם משפחה של בן/בת הזוג	שם פרטי של בן/בת הזוג	מספר זהות של בן/בת זוג
רחוב _____	מס' בית _____	כניסה _____
דירה _____	יישוב _____	מיקוד _____

מגורים  
 עם התובע  
 אחר, פרט:

האם את משלם מזונות לפי פסק דין שלא באמצעות ביטוח לאומי?  כן  לא

**ילדים** (למוסד לביטוח לאומי מידע על ילדיך הרשומים במשרד הפנים ולכן איננו מבקשים פרטים עליהם)

האם יש לך ילדים עד גיל 22?  
 כן  לא

אם כן, עם מי מתגוררים הילדים?  
 איתי ועם בן/בת זוגי  
 איתי בלבד  
 עם בן/בת זוגי בנפרד / גרושה - בלבד

**השלם פרטים על ילדים חורגים (עד גיל 22) ועל נכדים (עד גיל 22), שכל פרנסתם עליך התובע:**

יחס קרבה	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	ס"ב	מספר זהות
1 <input type="checkbox"/> חורג <input type="checkbox"/> נכד			שנה   חודש   יום		
2 <input type="checkbox"/> חורג <input type="checkbox"/> נכד			שנה   חודש   יום		
3 <input type="checkbox"/> חורג <input type="checkbox"/> נכד			שנה   חודש   יום		

**3**

**פרטי מגיש התביעה** (ימולא אם וכאשר התובע אינו מסוגל להגיש את התביעה בעצמו, עקב מצבו הבריאותי)

שם משפחה	שם פרטי	יחס קרבה לתובע	מספר זהות ס"ב

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים)**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי  טלפון נייד  דואר אלקטרוני

אני מאשר קבלת הודעות SMS

פקס   ייפוי כוח  צו אפוטרופסות  פסק דין: (אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצרף העתק)

**מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

אם אין ברשותך האמור לעיל, אנא מלא – אני מבקש להתמנות כמקבל גמלה חתימה ✕ תאריך: \_\_\_\_\_

**4**

**פרטים על הנכות, אשפוזים וגורמים מטפלים**

פרטים על הנכות

תאור המחלה / הליקוי	התחיל מתאריך	החמרה מתאריך	אשפוז	מעקב במרפאת
			<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
			<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
			<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
			<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	

**5**

**הסכמה לקביעת רופא ללא נוכחות** נא לחתום למטה אם אתה מעוניין שהנכות הרפואית תיקבע לפי מסמכים בלבד אני מסכים בזה שרופא יקבע את אחוזי נכותי הרפואית לפי מסמכים בלבד, ומבלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שלמרות הסכמתי זו יהיה עלי להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

חתימת התובע ✕ \_\_\_\_\_

**האם פנית לאחד מהגורמים הבאים:**

1	למשרד הביטחון בגלל פגיעה בשירות הצבאי?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, צרף העתק של דו"ח הוועדה הרפואית
2	למשרד האוצר בגלל מלחמה / רדיפות הנאצים?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, צרף העתק של דו"ח הוועדה הרפואית
3	לביטוח לאומי - ענף נפגעי עבודה, נפגעי איבה או אסירי ציון?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____

עיסוק, עבודה, הכנסות מעבודה ותשלומים אחרים

עבודה בשנים האחרונות

לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: \_\_\_\_\_  
 כן עבדתי

**פרטים על עבודה** (יש לרשום הפרטים הבאים לגבי כל עבודותיך ב-5 השנים האחרונות ולצרף אישורים עבור 15 חודשים אחרונים)

סיבת הפסקת העבודה או השינוי	מס' שעות עבודה ביום / היקף משרה	תקופת העבודה		תפקיד	פרטי מקום העבודה	
		עד תאריך	מתאריך			
					(עבודה היום או עבודה אחרונה) שם: _____ כתובת: _____ מספר טלפון: _____ - _____ פקס: _____ - _____	1
					שם: _____ כתובת: _____ מספר טלפון: _____ - _____ פקס: _____ - _____	2
					שם: _____ כתובת: _____ מספר טלפון: _____ - _____ פקס: _____ - _____	3
					שם: _____ כתובת: _____ מספר טלפון: _____ - _____ פקס: _____ - _____	4

**תשלומים בשל מחלה**

האם ב-15 החודשים האחרונים קבלת או תקבל **דמי מחלה** בעבור תקופות בהן לא עבדת?

לא

כן,  מהמעביד  מקרן ביטוח \_\_\_\_\_ (צרף אישורים ומסמכים)

האם ב-15 החודשים האחרונים קבלת או תקבל **תשלום כלשהו מחברת ביטוח** עקב מחלה?

לא

כן,  שם חברת הביטוח: \_\_\_\_\_ (צרף אישור, וכן העתק מפוליסת הביטוח)

**פרטי התובע**

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

**הצהרה על עבודה והכנסות ב-12 החודשים האחרונים** (נא להשלים פרטים ולצרף אישורים)

**עבודה**

1. האם בן/בת הזוג עובד/ת היום?  כן  לא

2. פרטי המעביד האחרון של בן/בת הזוג (שם, כתובת ומספר טלפון): \_\_\_\_\_

3. האם לבן/בת הזוג הכנסות ב-12 החודשים האחרונים מעבודה?  אין  יש

האם לבן/בת הזוג הכנסות ב-12 החודשים האחרונים מדמי מחלה?  אין  יש

בן/בת הזוג	הנכה	
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	4. דמי מזונות המשולמים לא על ידי ביטוח לאומי
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	5. פנסיה בישראל (לא כולל מביטוח לאומי)
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	6. פנסיה או רנטה מחו"ל
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין ציין איזה _____	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין ציין איזה _____	7. תגמול ממשד הביטחון (לנכים, אלמנות, הורים שכולים)
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	8. תגמול מהאוצר לנכי מלחמה / רדיפות הנאצים
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	9. תשלומים מחברת ביטוח
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	10. פיצוי עקב נכות אם יש, ציין את הגורם המשלם _____
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	11. תשלומים שטרם שולמו (פנסיה, ביטוח) _____
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<b>הכנסה הונית:</b> 12. הכנסה מריבית, דיוידנד, תוכנית חיסכון
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<b>הכנסה מרכוש:</b> 13. הכנסה מהשכרת נכס
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<b>הכנסה ממקור אחר:</b> 14. ציין את מקור ההכנסה וצרף אישור _____

צרף אישורים ל-12 החודשים האחרונים

**8 פרטי חשבון הבנק של התובע**

8

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

אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.

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.

\_\_\_\_\_ × \_\_\_\_\_ × \_\_\_\_\_  
 תאריך חתימת מקבל הגמלה חתימת/חתימות השותפים לחשבון קרבה לתובע

**9 פרטים על תביעה לפיצויי נזיקין מצד שלישי**

9

האם נכותך נגרמה מתאונה? (תאונה: תאונת דרכים או אחרת הנגרמת עקב רשלנות הזולת, רשלנות רפואית, תקיפה וכדומה)

תאריך התאונה



לא  כן,  ציין סוג התאונה:  תאונת דרכים  אחרת

מקום אירוע התאונה ונסיבותיה: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

נמסרה הודעה למשטרה בתאריך - \_\_\_\_\_ מספר תיק \_\_\_\_\_  
 לא נמסרה הודעה למשטרה

האם הגשת תביעה לפיצויי נזיקין?  לא  כן, פרט:

שם משפחה של הנתבע שם פרטי של הנתבע שם עורך הדין המייצג אותך בתביעה

**כתובת עו"ד**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד		דואר אלקטרוני		
0	0		0		
פקס	דואר אלקטרוני		0		

**10 הצהרה**

10

אני מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומלאים, והריני מאשר אותם בחתימת ידי. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים מהווה עבירה על החוק.

\_\_\_\_\_ × \_\_\_\_\_ × \_\_\_\_\_  
 תאריך חתימת הנכה חתימת בן/בת הזוג

**שים לב: עליך לחתום על ההצהרה ועל 3 ויתורי הסודיות.**

**הצהרה**

**11**

אני החתום מטה תובע גמלת נכות, ומצהיר 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.

אני מסכים להיבדק לצורך שירותים מיוחדים, במידה ותהיה המלצה של רופא הסניף על בדיקה זו.

כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע / מקבל הגמלה או מגיש התביעה \* \_\_\_\_\_

מלא וחתום על הטפסים שלהלן:

**ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_  
 הגר ב \_\_\_\_\_  
 מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיי.  
 תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_

**ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_  
 הגר ב \_\_\_\_\_  
 מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיי.  
 תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_

**ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_  
 הגר ב \_\_\_\_\_  
 מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיי.  
 תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_

## נספחים

- א. מכתב לרופא המטפל
- ב. תעודה רפואית עבור המוסד לביטוח לאומי
- ג. אישור על העסקת עובד (למילוי ע"י המעביד)
- ד. הצהרה למחלקת הגביה





## נספח א'

לכבוד  
הרופא המטפל בקופ"ח / מרפאה

ד"ר נכבד,

המוסד לביטוח לאומי ערך בדיקה מקיפה בנושא גמלת נכות, והתברר כי הזכאות לגמלה ומשך הטיפול בקביעת הזכאות מבוססים בעיקר על ידיעת מצבו הרפואי של התובע.

נודה לך אם תסייע לחולה שבטיפולך, תמלא במפורט את הטופס המצורף, ותחזירו אלינו באמצעות החולה.

רופא סניף הביטוח הלאומי בנושא נכות כללית ישמח לעמוד לרשותך, בכל שאלה או הבהרה שתידרש.

**אם ברשותך תעודה ממוחשבת ובה המידע העדכני המבוקש, אנא צרף אותה במקום הטופס המצורף. אם יש מקום להשלמת פרטים, נודה לך על כך.**

בברכה,

ד"ר מריו סקולסקי

מנהל רפואי

המוסד לביטוח לאומי

## נספח ב'

### תעודה רפואית עבור המוסד לביטוח לאומי

פרטים כלליים			
שם קופת החולים	סניף / מרפאה	טלפון קווי	פקס
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב	
			

אבחנות	
מספר	תיאור האבחנה
1	
2	
3	
4	
5	
6	

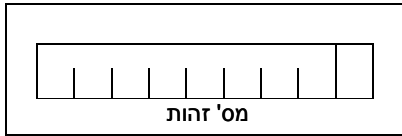
אשפוזים ב-3 השנים האחרונות	
שם המחלקה	שם בית החולים
1	
2	
3	
4	

יש למסור לידי החולה (התובע) העתקים מסיכומי המחלה הרלוונטיים

טיפול תרופתי נוכחי	
שם התרופה	מינון
1	
2	
3	
4	
5	

לחולים הסובלים מיתר לחץ דם או ממחלות לב						
6	5	4	3	2	1	מידות לחץ דם בחצי השנה האחרונה:
היפרטרופיה של החדר השמאלי: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, לפי: 1. אק"ג מיום _____						
2. צילום חזה מיום _____						
ממצאי בדיקת מאמץ מיום _____ : _____						
ממצאי בדיקת אקו לב מיום _____ : _____						

עמוד 10 מתוך 15



## נספח ב' (המשך)

### לחולים הסובלים מסכרת

VI

סובל מסכרת החל מ: \_\_\_\_\_

ערכי סוכר בדם בחצי השנה האחרונה: \_\_\_\_\_

ערכי HbA1C: \_\_\_\_\_

סיבוכים (עיניים, כליות, מערכת העצבים): \_\_\_\_\_

אנא צרף חוות דעת של רופאים מקצועיים המתייחסות לסיבוכי הסכרת.

### לחולים הסובלים ממחלת כליות כרונית

VII

#### תוצאות בדיקות מעבדה אחרונות:

ספירת דם: \_\_\_\_\_

בדיקת שתן כללית: \_\_\_\_\_

חלבון בשתן של 24 שעות: \_\_\_\_\_

פינוי קריטינין CCT: \_\_\_\_\_

Creatinine: \_\_\_\_\_

Urea: \_\_\_\_\_

#### תוצאות בדיקת US כליות

ממצאים מיום \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

#### תוצאות IVP

ממצאים מיום \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

### לחולים הסובלים ממחלת ריאות כרונית

VIII

תוצאות צילום חזה אחרון מיום \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

תוצאות תפקודי נשימה מיום \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

### לחולים הסובלים מכיפיון (Epilepsy)

IX

סוגי התקפים: \_\_\_\_\_

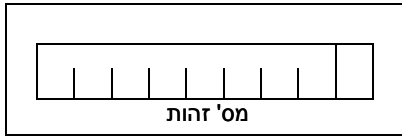
תדירות ההתקפים מכל סוג: \_\_\_\_\_

רמת תרופות בדם מיום \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

תוצאות EEG אחרון מיום \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

תוצאות CT מוח מיום \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

עמוד 11 מתוך 15



### נספח ב' (המשך)

#### X טיפול תרופתי נוכחי

X

---

---

---

---

---

---

---

---

#### XI לחולים המקבלים טיפול כימותרפי או קרינתי

XI

מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה (ירידה במשקל, תלונות אחרות)?

תאריך אבחון המחלה	תאריך תחילת טיפול	תאריך סיום טיפול (או תאריך משוער)

סוג הטיפול: \_\_\_\_\_

תדירות ומשך הטיפול: \_\_\_\_\_

#### XII פרטים נוספים והערות

XII

תוצאות בדיקות אחרות (הדמיה, EMG, תפקודי כבד, בלוטת התריס וכדומה)

---

---

---

---

#### מידע נוסף במרפאה מקצועית

האם יש מידע נוסף במרפאה חיצונית?  אין  יש, פרט: \_\_\_\_\_

שם המרפאה	כתובתה	שם הרופא המטפל	טלפון

הערות: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

#### XIII חתימת הרופא

XIII

תאריך \_\_\_\_\_ שם הרופא: \_\_\_\_\_ חתימה x \_\_\_\_\_



**נספח ג'**  
**אישור על העסקת עובד ושכר עבודה**

**חלק א'**

**I**

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מספר זהות ס"ב

הנתונים על עבודת הנ"ל אצלנו הם כלהלן:

**תקופת העבודה (הכוללת)**

- תחילת עבודה בתאריך \_\_\_\_\_
- הפסקת עבודה בפועל בתאריך \_\_\_\_\_ הסיבה: \_\_\_\_\_
- פרישה סופית מעבודה בתאריך\* \_\_\_\_\_ (\*תאריך ניתוק יחסי עובד-מעביד)
- ממשיך לעבוד

**פרטים על היקף משרה**

1. עבד במשרה חלקית?  לא  כן, מתאריך \_\_\_\_\_ שיעור חלקיות המשרה: \_\_\_\_\_
2. הסיבה לעבודה החלקית: \_\_\_\_\_
3. האם שולמו השלמות לשכר המשרה החלקית?  לא  כן, מהות התשלום: \_\_\_\_\_ החל מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_

**לעובדים היום**

סוג העבודה והתפקיד הנוכחי: \_\_\_\_\_

**דמי מחלה**

1. ב-15 החודשים האחרונים, שולמו לנ"ל דמי מחלה?  לא  כן

**דמי מחלה שולמו לתקופות:**

מתאריך	עד תאריך	
		1
		2
		3
		4
		5
		6

2. יתרת ימי מחלה שלא נוצלו: \_\_\_\_\_ ימים

3. תשלום דמי המחלה הוא על ידי קרן \_\_\_\_\_

**תשלומים אחרים**

1. האם שולמו (למעט דמי מחלה) תשלומים כלשהם מיום הפסקת העבודה בפועל ועד ליום הפרישה (עד ניתוק יחסי עובד-מעביד)  לא  כן

2. האם מבוטח לעניין אי כושר עבודה בחברת ביטוח?  לא  כן, שם החברה \_\_\_\_\_ מהות התשלום: \_\_\_\_\_ החל מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_

**פרישה לפנסיה**

הנ"ל פרש לפנסיה:  לא  כן, מיום \_\_\_\_\_ הפנסיה משולמת מקרן: \_\_\_\_\_

**חתימת המעביד**

**II**

שם המעביד	מספר תיק	כתובת המעביד

תאריך \_\_\_\_\_ שם החותם: \_\_\_\_\_ תפקידו: \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

## נספח ג' (המשך) פרטים על עבודה ב-15 החודשים האחרונים

הפרשים או תוספות שנכללו בשכר (כגון: דמי הבראה, ביגוד, משכורת 13 וכיוצ"ב)							חלק ב'			מס' 111
מהות התשלום	מתייחס לתקופה		הסכום	שכר החייב בדמי ביטוח	סכום דמי מחלה	שולמו דמי מחלה (כן/לא)	שיעור משרה (מלא/ חלקי)	חודש	שנה	
	עד	מתאריך								
										1
										2
										3
										4
										5
										6
										7
										8
										9
										10
										11
										12
										13
										14
										15

\* כולל גם רכיבי שכר שאינם חייבים בתשלום דמי ביטוח. דמי מחלה ששולמו ע"י המעביד או קרן ביטוח - אין לכלול בשכר ברוטו.

המעביד	IV
<p style="text-align: right;">הערות המעביד: _____</p> <p style="text-align: right;">_____</p>	
<p>תאריך _____ שם החותם: _____ תפקידו: _____ חתימה וחותמת המפעל <b>x</b> _____</p>	



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

נספח ד'

<table border="1"> <tr> <td colspan="10">מס' זהות / דרכון</td> </tr> <tr> <td colspan="2">סוג המסמך</td> <td colspan="2">דפים</td> </tr> </table>	מס' זהות / דרכון										סוג המסמך		דפים		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
מס' זהות / דרכון																
סוג המסמך		דפים														

**הצהרה והודעה על שינויים למחלקת הביטוח והגביה**

מלא הטופס אם בתקופה כלשהי ב- 5 השנים האחרונות היית עובד עצמאי או שלא עבדת.  
(פרטי העסק בסעיף II וסעיף III ימולאו רק ע"י מי שהיה עובד עצמאי)

פרטים אישיים																									
שם משפחה		שם פרטי		שם האב																					
מספר זהות <sup>ב"ס</sup> <table border="1"> <tr> <td colspan="10"></td> </tr> </table>																									
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)																									
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה																					
דואר אלקטרוני		טלפון נייד		טלפון קווי																					
		<table border="1"> <tr> <td colspan="10">0</td> </tr> </table> אני מאשר קבלת הודעות SMS <input type="checkbox"/>		0										<table border="1"> <tr> <td colspan="10">0</td> </tr> </table>		0									
0																									
0																									
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)																									
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה																					

פרטי העסק					
שם העסק: _____					
רחוב / תא דואר		מספר בית		כניסה	
עיסוק או מקצוע אחרון			תאריך תחילת עבודה כעצמאי		
מס' שעות עבודה ממוצע לשבוע		החל מתאריך		מספר תיק מעביד	
אני מצהיר בזה כי בגלל: _____					
<input type="checkbox"/> הפסקתי לעבוד מתאריך: _____ <input type="checkbox"/> צמצמתי את היקף עבודתי מתאריך: _____					
<input type="checkbox"/> אני ממשיך לעבוד בהיקף מלא					
<input type="checkbox"/> העסק: _____ <input type="checkbox"/> נסגר <input type="checkbox"/> נמכר <input type="checkbox"/> הושקר <input type="checkbox"/> בתאריך: _____ (צרף אישור מתאים)					
<input type="checkbox"/> אחר: _____					

הכנסות ב- 5 שנים אחרונות כולל שנה נוכחית (שוטפת) (צרף שומות מס הכנסה שברשותך)			
שנת מס	חודש ראשון	מספר חודשים	ההכנסה השנתית בש"ח ב- 5 שנים אחרונות
שנה שוטפת			מעסק, משלוח יד, חקלאות ריבית, השכרה, רכוש, פנסיה, גמלה

## נספח ד' (המשך)

### הצהרה

IV

הנני מצהיר בזה שכל הפרטים שנמסרו בתביעה זו ובצירופיה הם נכונים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, מהווה 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.

(יסומן ב- ✓ כאשר עובד המוסד ממלא את טופס ההצהרה) כל הפרטים הרשומים בתביעה הוקראה באוזני ואני מאשר בזה כי הם תואמים את הפרטים שמסרתי בע"פ לעובד המוסד.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם החותם: \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

### (סעיף זה לשימוש המוסד לביטוח לאומי)

V

#### אל מחלקת הביטוח והגביה, סניף \_\_\_\_\_

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מספר זהות ב"0
<b>כתובת</b>			
רחוב	מס' בית	כניסה	דירה
מיקוד	ישוב		
טלפון קווי	טלפון נייד	פקס	
0	0	0	

#### הנ"ל עבד כשכיר:

מתאריך	עד תאריך	לפי אישור המעביד	לפי ההצהרה בתביעה בלבד	מספר תיק הניכויים של המעביד	שם המעביד	1
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
מתאריך	עד תאריך	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			2
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
מתאריך	עד תאריך	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			3
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
מתאריך	עד תאריך	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			4
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

תאריך: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ שם וחתימת פקיד תביעות **x** \_\_\_\_\_