



המוסד לביטוח לאומי - מינהל גמלאות
אגף ועדות רפואיות

חוזר מס': 7/2016	תאריך: י"ח תמוז תשע"ו 24 יולי 2016
נושא: תרגום לשפת הסימנים לאנשים עם חירשות	
שם החוזר: תהליך העבודה בסניפים במקרים בהם נדרש מתורגמן לשפת הסימנים	
מטרת החוזר: להסדיר את תהליך העבודה בסניפים במקרים בהם נדרש מתורגמן לשפת הסימנים	
פתח דבר עם כניסת תקנות הנגישות לתוקפן אנו נדרשים לספק לאנשים עם חירשות מתרגם לשפת הסימנים ע"ח המוסד. עד לכניסת תקנות אלו המבוטחים היו מגיעים לוועדות יחד עם מתורגמן מטעם העמותה לקידום החרש ומשרד הרווחה היה מממן את הוצאות התרגום. בעקבות שינוי חקיקה שונו הסדרי התשלום עבור אותם מתורגמנים וכיום המוסד אמור לשלם עבור שירות זה. החוזר הנ"ל מתקן את חוזר 2/2015 מיום 15.10.15	
הגדרות ע"פ תקנה 45 לקובץ התקנות יש לספק למבוטח עם מוגבלות שירותי תרגום לשפת הסימנים לפי העניין.	
<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;">תהליך עבודה</div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;">דגשים</div>	
רשימת תפוצה נמענים לביצוע: גב' כרמל סטינגר- מנהלת אגף שיקום, מנהלי מחלקת וועדות, מנהלי מחלקות נכות, מנהלי מחלקת נכות מעבודה, פקידי תביעות נ"ע, פקידי תביעות נכות ושירותים מיוחדים, מזכירי ועדות, מזכירי ישיבות, עובדי דלפק קדמי ועובדי המוקד הטלפוני, גב' נחה גולדווסר- ממונת נגישות.	
נספחים נספח 1 – טופס הזמנת שירותי תרגום לשפת הסימנים	

בכבוד רב,

ירונה שלם

ירונה שלום

מנהלת אגף א' וועדות רפואיות



המוסד לביטוח לאומי - מינהל גמלאות אגף ועדות רפואיות

תהליך עבודה

1. בעת הוצאת זימון לוועדה למבוטח כבד שמיעה/חרש, יש לציין בפניו כי הוא זכאי לקבל שירותי תרגום לשפת הסימנים במהלך הוועדה.
2. מבוטח אשר יהיה מעוניין בשירותי תרגום בוועדה יעביר אלינו מכתב ואנו נתאם עבורו את שירות התרגום מול המכון לקידום החרש
3. המזכיר יפנה טלפונית לנציג מטעם הקידום לחרש ויתאם עבור המבוטח שירות תרגום בתאריך אליו הוזמן המבוטח לוועדה.
4. יש לזמן את המבוטח יחד עם המתורגמן/המתמלל לפחות 10 ימי עבודה לפני מועד התרגום במידה והעמותה לא תמצא מתורגמן העמותה תודיע על כך עד 5 ימים לפני מועד הוועדה. מבוטח המעוניין להביא עמו מתורגמן שלו מטעם המכון לקידום יוכל לעשות זאת ואנו נשלם עפ"י הכללים המופיעים בחוזר זה.
5. עם כניסת המבוטח לוועדה או לפגישה עם פקיד שיקום לנושא הערכת כושר יחתים המתורגמן/המתמלל את המבוטח ואת הרופא/ פקיד השיקום על טופס הזמנת שירותי תרגום לצורך קבלת תשלום עבור שירותי התרגום.
6. "שעת העבודה" של המתורגמן/המתמלל תימדד מהשעה שבה תואמה הפגישה/ הוועדה בכפוף לכך שהמבוטח הגיע בזמן. במידה והמתורגמן יקדים שעת העבודה תימדד מהשעה שבה תואמה הפגישה/ הוועדה.
7. במידה ויבוצע ביטול על ידינו פחות מ- 48 שעות לפני הוועדה ישולם למתורגמן/למתמלל שעת תרגום.
8. עם סיום הוועדה/ הפגישה טופס זה יועבר ע"י המתורגמן למכון לקידום החירש על מנת לקבל תשלום עבור השירות הניתן על ידו למבוטח.
9. המכון יעביר אלינו דוח מרוכז של שירותי התרגום/התמלול שבוצעו באותו החודש ושמות המתורגמנים/המתמללים לצורך תשלום עבור השירות הניתן, בליווי צילום הטפסים המלאים.
10. תשלום עבור שירותי התרגום/התמלול יבוצע ע"י מחלקת הכספים בסניף.
- 10.1. תשלום עבור שעת תרגום כולל נסיעות ישולם : 110 ₪
11. כאשר הוועדה ארכה יותר משעה אחת או לחילופין המתורגמן/המתמלל המתין לוועדה יחד עם המבוטח למעלה משעה ישולם במנות של חצאי שעות.

[חזרה](#)

דגשים

אנא החזיקו בחדר הוועדות את נספח 1- טופס הזמנת שירותי תרגום.

[חזרה](#)



המוסד לביטוח לאומי - מינהל גמלאות
אגף ועדות רפואיות

נספח 1 - טופס הזמנת שירותי תרגום לשפת הסימנים.

עמוד 1 מתוך 3

<p>מספר זהות / דרכון</p> <p>סוג המסמך</p> <p>דפים</p>	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p align="center">חותמת קבלה</p>	<p align="center">  המוסד לביטוח לאומי מינהל הגמלאות אגף ועדות רפואיות </p> <p align="center"> הזמנת שירותי תרגום לשפת הסימנים </p>
---	----------------------------------	---	---

פרטי המבוטח	
שם משפחה	שם פרטי
מספר זהות	סניף
<p>תאריך התרגום</p> <p>שעת התרגום _____ משעה _____ עד שעה _____</p>	
<p>סוג המפגש:</p> <p><input type="checkbox"/> חוות דעת לוועדה</p> <p><input type="checkbox"/> ועדה דרג ראשון</p> <p><input type="checkbox"/> ועדה דרג שני</p> <p><input type="checkbox"/> פקיד שיקום להערכת כושר</p>	
<p>נושא:</p> <p><input type="checkbox"/> נכות כללית ושר"מ</p> <p><input type="checkbox"/> ילד נכה</p> <p><input type="checkbox"/> נכות מעבודה</p> <p><input type="checkbox"/> איבה, אסירי ציון</p>	

פרטי המתרגם	
שם משפחה	שם פרטי
מספר זהות	
<p>חתימת המתרגם *</p>	

אישור ההזמנה	
שם הרופא	חתימה *
שם פקיד שיקום	חתימה *
שם המבוטח	חתימה *