

מס' זהות / דרכון <input type="text"/>		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
סוג המסמך <input type="text"/>	דפים <input type="text"/>	

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות
ביטוח נכות



בקשה לבדיקה מחדש למקבל קצבת פוליו

לידיעתך. המוסד רשאי לקבוע אחוזי נכות רפואית או אחוזי מוגבלות בניידות נמוכים מאלה שנקבעו בעבר

1 פרטי המבקש

שם משפחה <input type="text"/>	שם פרטי <input type="text"/>	מספר זהות ס"ב <input type="text"/>
מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור	מתאריך <input type="text"/>	מספר ילדים עד גיל 24 <input type="text"/>

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

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

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

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

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

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 נימוקי הנכה לבקשה לבדיקה מחדש

פרט השינויים שחלו במצבך הרפואי והתעסוקתי מאז הבדיקה הקודמת, וצרף אישורים רפואיים עדכניים ומפורטים:



המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות
ביטוח נכות

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: פוליו

חותמת קבלה

פרטים אישיים

	תאריך תביעה	מספר זהות/דרכון 	קוד גמלה 41
שם פרטי		שם משפחה	
חבר בקופת חולים <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> 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 או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____