

# בקשה לתגמול טיפול רפואי חלקי בשל מצב רפואי מתמשך של

## נכה מפעולות איבה

### יש לצרף לטופס זה

- אישור מחפא מומחה בתחום נכותך המוכרת מפגיעת האיבה, הכולל ממצאים רפואיים ותפקודיים הקובעים שאיבדת את הכושר להשתכר באופן מלא ואתה כשיר לעבוד במשרה חלקית בלבד (משרה בשיעור 75% או 50% לתקופה המצוינת באישור הרפואי).
- נפגע שכיר יציג אישורים ממקום העבודה על היקף משרתו.
- עצמאי יגיש הצהרה חתומה (בחתימה וחותמת) על ידי עורך דין על ירידה בהיקף משרתו.

### כיצד יש להגיש את התביעה

#### את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:

- 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 וביחרים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט. [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

### מידע כללי

- **תגמול לנכה שבשל מצבו הרפואי, הנובע מאירוע האיבה, ירדה יכולת ההשתכרות שלו והוא יכול לעבוד בהיקף משרה חלקי בלבד של 50% או 75%.**  
התגמול לנכה שכיר או עצמאי, והחל מיום 13.10.2021, זכאות גם לנכה שאינו עובד ושנקבע לגביו כי בשל נכותו ומצבו הרפואי, יכול לעבוד בהיקף משרה חלקי בלבד. הזכאות אינה מותנית בהיות הנכה בתקופה של החלמה מטיפולים ועל כן היא יכולה להינתן לתקופה ממושכת הזכאות אינה מותנית בהיות הנכה בתקופה של החלמה מטיפולים ועל כן היא יכולה להינתן לתקופה ממושכת.
- נכה פעולות איבה שנקבע לגביו שהוא יכול לעבוד בהיקף של משרה חלקית בלבד זכאי לתגמול שיהיה בסכום קבוע ללא קשר להכנסתו הקודמת ובנוסף לקצבה בגין אחוזי הנכות שלו.
  - לנכה שנקבע לגביו שהוא יכול לעבוד בהיקף של 50% משרה בלבד, ישולם מחצית הסכום המינימלי הקבוע בתקנות (פיצוי בעת טיפול רפואי).

- לנכה שנקבע לגביו כי הוא יכול לעבוד בהיקף משרה של 75%, ישולם סכום שהוא רבע מהסכום המינימלי הקבוע בתקנות (פיצוי בעת טיפול רפואי).

## חשוב לדעת

התגמול ישולם מיום בקשת הנכה, ולא ישולם לתקופה קודמת לבקשה.

## חובה לחתום על טופס התביעה

## בקשה לתט"ר חלקי בשל מצב רפואי מתמשך

### 1. פרטי הנפגע

- שם משפחה
- שם פרטי
- מין- נקבה או זכר
- מספר תעודת זהות (כולל סיפרת ביקורת)
- תאריך לידה
- מצב משפחתי- רווק / נשוי / אלמן / ידוע בציבור / גרוש / פחד

### כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

- רחוב או תא דואר
- מס' בית
- כניסה
- דירה
- יישוב
- מיקוד
- טלפון קווי
- טלפון נייד
- דואר אלקטרוני

### במידה והטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים

- שם משפחה איש קשר
- שם פרטי איש קשר
- מס' זהות איש קשר
- אפשרות סימון בקשה לסיחוב הודעות מידע אישי- אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.

לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעת בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

### מען למכתבים (אם שונה מהכתובת שלמעלה)

- רחוב / תא דואר
- מס' בית
- כניסה
- דירה
- יישוב
- מיקוד

### 2. בקשה לתגמול רפואי חלקי

- יש לציין את תאריך התקופה המבוקשת:
  - מיום
  - עד יום
- יש לסמן את היקף היכולת התעסוקתית כמפורט באישור הרופא
  - בשיעור 50% או בשיעור 75%

### הצהרה:

1. אני מבקש תגמולים בשל ירידה ביכולת ההשתכרות עקב מצבי הרפואי שמפגיעת האיבה.
2. אני מתחייב להודיע כאשר מצבי הרפואי ישתפר ויתאפשר לי לעלות את היקף משרתי.
3. אני מתחייב להודיע על כל שינוי בהיקף משרתי.
4. לא קיבלתי שכר או פיצוי אחר בעבר צמצום כושר התעסוקה שלי למשרה חלקית.
5. ידוע לי שאם קיבלתי שכר מלא בתקופה בו ירד היקף המשרה שלי, ניתן להעביר את התגמול למעסיק שלי בכפוף למילוי טופס דרישתו להחזר (רצ"ב טופס דרישה בעמוד)
6. תאריך, חתימת המצהיר

### 3. פרטי מעסיק לעובד שכיר (חלק זה ימולא על ידי עובד שכיר שמועסק במשרה חלקית) יש להוסיף אישור מהמעסיק על הקיף המשרה.

- שם המעסיק
- מספר תיק ניכויים
- תאריך התחלת עבודה

- תאריך תחילת עבודה במשרה חלקית
- טלפון מעסיק או משאבי אנוש

#### כתובת

- רחוב / תא דואר
- מס' בית
- כניסה
- דירה
- יישוב
- מיקוד

#### 4. פרטי חשבון הבנק אליו יועברו התשלומים

- שמות בעלי החשבון
- שם הבנק
- שם הסניף או כתובתו
- מספר סניף
- מספר חשבון

הצהרת שותף:

אני השותף בחשבון הבנק של ת.ז., שם:  
מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקו לחשבון, עבור מקבל הגמלה.  
אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיזפי כח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטיהם של השותפים בחשבון ומיזפי הכח, במהלך תקופת הזכאות ואחריה.  
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 פרטיהם 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/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 יהא עלי להמציאם לפי דרישה.  
תאריך: שם השותף: מספר ת.ז., חתימה \*

## 5. הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים 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 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. כמו כן 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 לביטוח לאומי.

- סימון- אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

תאריך, חתימת התובע או מקבל הגמלה

## כתב ויתור סודיות רפואית

### שם הגמלה: איבה

#### 1. פרטים אישיים

- קוד גמלה- 13
- מספר זהות או דרכון
- תאריך תביעה
- תאריך אירוע
- שם משפחה
- שם פרטי
- חבר בקופת חולים כללית / מאוחדת / מכבי / לאומי / אחר

#### 2. הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כחו, 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

### הצהרת המעסיק

לכבוד:

פקיד תביעות מחלקת נפגעי פעולות איבה, סניף:

#### 1. פרטי העסק

- שם המעסיק
- טלפון המעסיק
- מספר תיק ניכיים

פרטי חשבון בנק (יש לצרף אסמכתא מהבנק לאימות פרטי חשבון הבנק)

- שם הבנק
- שם או כתובת הסניף
- מספר סניף

- מספר חשבון

#### כתובת

- רחוב / תא דואר
- מס' בית
- כניסה
- דירה
- יישוב
- מיקוד

#### 2. פרטי הנפגע

- שם משפחה
- שם פרטי
- מין- נקבה או זכר
- תאריך פגיעה
- מספר טלפון של איש קשר

#### הצהרה

- הננו מאשרים כי הנזכר לעיל עובד במשרה חלקית של: (אחוזי משרה בפועל)
- מתאריך עד תאריך

#### 3. הצהרה

אנו מאשרים כי העובד: (שם מלא) ת.ז.: , עובד במשרה חלקית בשל מצבו הרפואי ונכות האיבה שלו בתאריכים שפורטו לעיל.

שולם על ידינו שכר עבודה גם עבור היקף המשרה שנעדר.

ידוע לנו כי ההחזר יעשה על פי סכום הקובע בחוק ולא על פי שכרו של הנפגע, ושלא נוכל לדרוש החזר בעבור סכומים ששולמו על ידינו להטבות סוציאליות לטובת הנפגע, בעבור היקף המשרה שנעדר.

במידה ושולם שכר על חשבון ימי מחלה או חופשה העובד יזכה עם קבלת הדרישה להחזר מביטוח לאומי.

את סכום הדרישה יש להעביר לפקודת: , לפי פרטי החשבון הרשומים לעיל.

תאריך: , שם מלא ותפקיד בחברה: , חתימה וחותמת