

# בקשה לבדיקה מחדש למקבל קצבת נכות בל/7842

לידיעתך. המוסד רשאי לקבוע אחוזי נכות רפואית ודרגת אי כושר נמוכים מאלה שנקבעו בעבר

## 1. פרטי המבקש

לשימוש המוסד

לפקיד התביעות:

יש להשוות את פרטי המבקש לנתוני הקובץ.

שינוי שם דווח בטופס 7815, שינוי מען דווח במסך 24

- שם משפחה
- שם פרטי
- מספר זהות
- מצב משפחתי
  - רווק/ה
  - אלמן/ה
  - פרוד/ה
  - נשוי/אה
  - גרוש/ה
  - ידוע/ה בציבור
- כתובת (הרשומה במשרד הפנים)
  - רחוב/תא דואר
  - מספר בית
  - כניסה
  - דירה
  - יישוב
  - מיקוד
  - טלפון קווי
  - טלפון נייד
  - טלפון נייד – אני מאשר קבלת הודעת sms
  - דואר אלקטרוני
- מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)
  - רחוב/תא דואר
  - מספר בית
  - כניסה
  - דירה
  - יישוב
  - מיקוד

## 2. נימוקי הנכה לבקשה לבדיקה מחדש

פרט את השינויים שחלו במצבך הרפואי והתעסוקתי מאז הבדיקה הקודמת, וצרף אישורים רפואיים מעודכנים ומפורטים: \_\_\_\_\_

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

### 3. הסכמה לקביעת רופא ללא נוכחות – חתום אם אינך מעוניין להיבדק ע"י

#### רופא

אני מסכים בזה שהרופא יקבע את אחוזי הנכות הרפואית שלי לפי מסמכים בלבד ובלי לזמן אותי לבדיקה רפואית.

ידוע לי, שלמרות זו יהיה עליי להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע \_\_\_\_\_

### 4. פרטי מגיש הבקשה – ימולא אם הנכה אינו מסוגל להגיש את הבקשה

#### בעצמו עקב מצבו הבריאותי

- שם משפחה מגיש הבקשה
- שם פרטי מגיש הבקשה
- מספר זהות
- יחס קרבה לנכה (בן משפחה)
- אם ברשותך ייפוי כוח או צו אפוטרופסות או פסק דין; ציין איזה וצרף העתק

#### כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

- רחוב / תא דואר
- מס' בית
- כניסה
- דירה
- יישוב
- מיקוד
- טלפון קווי
- טלפון נייד
- טלפון נייד – אני משר קבלת הודעת sms
- דואר אלקטרוני

### 5. הצהרת התובע / מגיש הבקשה

אני החתום מטה מצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בבקשה ובצירופיה הם נכונים. אם יחול שינוי באחד הפרטים שמסרתי בבקשה זו אני מתחייב להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. ידוע לי, כי בהתאם לחוק אדם אשר גרם במירמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

אני מסכים להיבדק לצורך שירותים מיוחדים, אם תהיה המלצה של רופא הסניף על בדיקה זו.

- יסומן ב-V כאשר עובד המוסד ממלא את טופס הבקשה). כל הפרטים הרשומים בבקשה הוקראו באוזניי ואני מאשר בזה, כי הם מתאימים לפרטים שמסרתי בע"פ לעובד המוסד. תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע או מגיש התביעה \_\_\_\_\_

אם הבקשה נחתמה בחתימת אצבע, ציין:

- שם העד
- מספר זהות
- חתימת העד \_\_\_\_\_

# הצהרה על עבודה והכנסות של נכה ובן/בת זוגו

## 1. פרטי המבקש

- שם משפחה
- שם פרטי
- מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר
- מצב משפחתי (אחרון)
  - רווק/ה
  - אלמן/ה
  - פרוד/ה
  - נשוי/אה
  - גרושה
  - ידועה/בציבור
- מתאריך

## 2. הצהרה על עבודה, הכנסות מעבודה ודמי מחלה ב-12 החודשים האחרונים (סמן ב-V והשלם פרטים)

1. עובד/ת כיום

**נכה**

- לא, ואני מצהיר בזה שאיני עובד
- כן

**בן / בת זוג**

- לא, ואני מצהיר בזה שאיני עובד

2. שם המעביד וכתובתו: (מי שאינו עובד ועבד ב-5 השנים האחרונות ירשום פרטי מעבידו האחרון)

נכה \_\_\_\_\_

בן / בת זוג \_\_\_\_\_

3. למי שאינו עובד – האם עבדת בשנה האחרונה?

**נכה**

- לא
- כן, תאריך הפסקת העבודה: \_\_\_\_\_

**בן / בת זוג**

- לא
- כן, תאריך הפסקת העבודה: \_\_\_\_\_

4. לעובד עצמאי – סוג העיסוק האחרון

נכה \_\_\_\_\_

בן / בת זוג \_\_\_\_\_

5. הכנסה מעבודה ב-12 החודשים האחרונים: צרף אישורי שכר.

**נכה**

- אין

• יש

בן / בת זוג

• אין

• יש

הכנסה מדמי מחלה: (צרף אישורים)

נכה

• אין

• יש

בן / בת זוג

• אין

• יש

אם אי אפשר להמציא אישורי שכר

6. א. ציין את הסיבה ואת שם המעביד

• נכה \_\_\_\_\_

• בן בת / זוג \_\_\_\_\_

ב. הכנסות מעבודה לחודש

נכה \_\_\_\_\_ ש"ח בחודשים \_\_\_\_\_

בן / בת זוג \_\_\_\_\_ ש"ח בחודשים \_\_\_\_\_

### 3. הצהרה על הכנסות ב-12 החודשים האחרונים (סמן ב-V והשלם הפרטים)

1. פנסיה בישראל (לא כולל מביטוח לאומי)

נכה

• צרף 3 אישורים אחרונים

○ אין

○ יש

• בן בת זוג

• צרף 3 אישורים אחרונים

○ אין

○ יש

2. פנסיה או רנטה מחו"ל

נכה

• צרף 3 אישורים אחרונים

○ אין

○ יש

• בן בת זוג

• צרף 3 אישורים אחרונים

○ אין

○ יש

3. תגמול ממשד הבטחון (לנכים, אלמנות, הורים שכולים)

נכה

• צרף 3 אישורים אחרונים

- אין
- יש, פרט

**בן / בת זוג**

צָרֶף 3 אישורים אחרונים

- אין
- יש, פרט

4. תגמולים מהאוצר לנכי רדיפות / מלחמה בנאצים

**נכה**

• צָרֶף 3 אישורים אחרונים

- אין
- יש

**בן בת זוג**

• צָרֶף 3 אישורים אחרונים

- אין
- יש

5. תשלומים מחברת ביטוח

**נכה**

• צָרֶף 3 אישורים אחרונים

- אין
- יש

**בן בת זוג**

• צָרֶף 3 אישורים אחרונים

- אין
- יש

6. פיצוי עקב נכות

**נכה**

• צָרֶף 3 אישורים אחרונים

- אין
- יש

**בן בת זוג**

• צָרֶף 3 אישורים אחרונים

- אין
- יש

**הכנסה הונית – צָרֶף אישורי בנק**

7. הכנסה מירבית, דיווידנד, תכנית חסכון

**נכה**

- אין
- יש

• בן / בת זוג

- אין
- יש

יש – משותף עם הנכה

**הכנסה מרכוש – צָרֶף אישורים**

8. מהשכרת בית / דירה / מבנה

נכה

- אין
- יש

בן /בת זוג

- אין
- יש

9. ממשק / נכס חקלאי מוחכר

נכה

- אין
- יש

בן /בת זוג

- אין
- יש

10. מעסק שאינו עובד בו

נכה

- אין
- יש

בן /בת זוג

- אין
- יש

11. מרכב מושכר (מונית, טנדר וכדומה)

נכה

- אין
- יש

בן /בת זוג

- אין
- יש

12. מרכוש אחר

נכה

- אין
- יש

בן /בת זוג

- אין
- יש

הכנסה ממקור אחר

נכה

- אין
- יש

בן /בת זוג

- אין
- יש

13. רשום מקור הכנסה וצרף אישורים

14. תשלומים שטרם שולמו (פנסיה, ביטוח) \_\_\_\_\_

#### 4. הצהרה וחתימה

אני מצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומלאים ואני מאשר אותם בחתימת ידי.  
ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים היא עברה על החוק.

הערות: \_\_\_\_\_

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

חתימת בן/ בת הזוג \_\_\_\_\_

# כתב ויתור על סודיות רפואית שם הגמלה: נכות כללית בל/7842

## פרטים אישיים

- קוד גמלה 33
- מספר זהות / דרכון
- תאריך תביעה
- שם משפחה
- שם פרטי
- חבר בקופת חולים
  - כללית
  - מאוחדת
  - מכבי
  - לאומית
  - אחר

## הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, למצבי הרפואי, לטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שידרשו או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי על אודותיי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח \_\_\_\_\_