



תביעה גמלה לילד/ה נכה

חובה לצרף לטופס זה

- ✎ תעודה רפואית וסיכומי מחלה מהשנה האחרונה, ובהם גם פירוט הטיפולים הרפואיים.
- ✎ אישור לימודים שימלא המוסד החינוכי (בית הספר או גן הילדים) ויחתום עליו (ראה נספח אישור על לימודים).
- ✎ לילד עד גיל 6 - אם אינו לומד אפשר להביא אישור על טיפול התפתחותי, לאחר שגורם מוסמך מילא את האישור וחתם עליו.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ✎ את התביעה יגיש הורה שהילד גר עמו, או האפוסטרופוס שלו, או מי שמחזיק אותו למעשה.
- ✎ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא לסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- ✎ לידיעתך - על פי חוק, לא תאושר הקצבה לתקופה העולה על 12 חודשים אחרונים שלפני מועד הגשת התביעה.
- ✎ מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה

תביעת גמלה לילד נכה

עמוד 1 מתוך 7

| | |
|---------------------------|-----------|
| לשימוש פנימי בלבד (סריקה) | |
| מס' זהות / דרכון | מספר זהות |
| סוג המסמך | דפים |

חותמת קבלה

תאריך תביעה

| | | |
|-----|------|-----|
| שנה | חודש | יום |
|-----|------|-----|

1 פרטי הילד

1

| | | | | | |
|--|---------|--------------|------|----------------------------|-------|
| שם משפחה | | שם פרטי | | מספר זהות | |
| תאריך לידה | | תאריך עלייה | | קופת החולים שבה מבוטח הילד | |
| שנה חודש יום | | שנה חודש יום | | כתובת | |
| כתובת (הרשומה במשרד הפנים) | | | | | |
| רחוב / תא דואר | מס' בית | כניסה | דירה | יישוב | מיקוד |
| האם הילד שווה עכשיו או שהה בעבר במוסד / במשפחה אומנת / בפנימייה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן: <input type="checkbox"/> במוסד / בפנימייה <input type="checkbox"/> במשפחה אומנת <input type="checkbox"/> כתובת: _____ <input type="checkbox"/> שהה מתאריך _____ עד תאריך _____ ומתאריך _____ עד תאריך _____ <input type="checkbox"/> עדיין שווה <input type="checkbox"/> | | | | | |

2 פרטי מגיש התביעה

2

| | | | | | |
|--|------------|---------------|------|-----------|-------|
| שם משפחה | | שם פרטי | | מספר זהות | |
| קרבה אל הילד: <input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> אח/אחות <input type="checkbox"/> סב/סבתא <input type="checkbox"/> אפוטרופוס (יש לצרף צו אפוטרופוסות) <input type="checkbox"/> אחר _____ | | | | | |
| כתובת מגורים/מען למכתבים: <input type="checkbox"/> עם הילד <input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____ | | | | | |
| רחוב / תא דואר | מס' בית | כניסה | דירה | יישוב | מיקוד |
| טלפון קווי | טלפון נייד | דואר אלקטרוני | | | |
| <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS | | | | | |

3 פרטים על ילדים שבגינם משולמת קצבת ילד נכה

3

| שם הילד | מספר זהות | שם הילד | מספר זהות |
|---------|-----------|---------|-----------|
| 1 | | 4 | |
| 2 | | 5 | |
| 3 | | 6 | |

פרטים על מצבו הרפואי של הילד

| מסמכים נדרשים | תאריך | פרטי הליקוי הרפואי / המחלה |
|--|-------|---|
| <input type="checkbox"/> אבחון רפואי מפסיכיאטר ילדים ונוער או מניורולוג או מרופא התפתחותי <input type="checkbox"/> אבחון פסיכולוגי מפסיכולוג התפתחותי או קליני ובו שימוש במבחן פסיכולוגי מותאם לגיל התפקודי של הילד <input type="checkbox"/> דוח המפרט את הכלי שבו בוצע האבחון (GARS,CARS,ADOS,PODIT,ADI,DSM-IV) | | ספקטרום אוטיסטי |
| <input type="checkbox"/> מידע מרופא מומחה המטפל במחלקה בבית החולים <input type="checkbox"/> דו"ח מעקב ערכי סוכר ממכשיר הגלוקומטר לחודש האחרון <input type="checkbox"/> תוצאות מעודכנות של בדיקת דם HbA1C <input type="checkbox"/> אם הילד אושפז, יש לצרף מסמך סיכום מחלה | | סכרת נעורים |
| <input type="checkbox"/> אודיוגרמה – בדיקת שמיעה מעודכנת בהולכת אוויר ללא מכשירי שמיעה וטימפנוגרם אם נדרש | | ליקוי שמיעה / חירשות |
| <input type="checkbox"/> סיכום מידע רפואי מניורולוג או מרופא מטפל על סוג המחלה ומצב האיזון שלה, סוג ההתקפים ותדירותם ומידע על הטיפול הרפואי <input type="checkbox"/> אם הילד אושפז, יש לצרף מסמך סיכום מחלה | | אפילפסיה |
| <input type="checkbox"/> בדיקת ראייה מעודכנת מרופא עיניים מטפל לחדות ראייה בכל עין ללא אמצעי עזר <input type="checkbox"/> בדיקת ראייה מעודכנת מרופא עיניים מטפל לשדה ראייה בכל עין ללא אמצעי עזר | | ליקוי ראייה /עיוורון |
| <input type="checkbox"/> דוח התפתחותי / רפואי מעודכן <input type="checkbox"/> מסמך מעודכן על הטיפולים הפרא רפואיים (קלינאי תקשורת, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וכדומה) | | עיכוב התפתחותי |
| <input type="checkbox"/> דוח התפתחותי / רפואי מעודכן <input type="checkbox"/> מסמך מעודכן על טיפולים פרא רפואיים (קלינאי תקשורת, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וכדומה) | | סיוע בתקשורת |
| <input type="checkbox"/> מסמך רפואי ממומחה לאלרגיות על ההיסטוריה הרפואית ותכנית הטיפול <input type="checkbox"/> תוצאות מעודכנות, המעידות על רגישות יתר ניכרת (ELISA, RAST או טסטים עוריים) <input type="checkbox"/> אם הילד אושפז יש לצרף מסמך סיכום מחלה | | אלרגיות |
| <input type="checkbox"/> מסמך רפואי מעודכן על אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון ההיסטוריה הרפואית, סוג הטיפול שניתן, ותדירותו. <input type="checkbox"/> דוח על מעקב במרפאות מומחים – פירוט תכנית הטיפולים בהמשך <input type="checkbox"/> מסמך רפואי מניורולוג (רק למי שסובל מליקוי בשתי גפיים) | | <input type="checkbox"/> העדר 2 גפיים <input type="checkbox"/> ליקוי בשתי גפיים |
| <input type="checkbox"/> מסמך רפואי מעודכן על אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון ההיסטוריה הרפואית, סוג הטיפול שניתן, ותדירותו. <input type="checkbox"/> דוח על מעקב במרפאות מומחים – פירוט תכנית הטיפולים בהמשך | | טיפול רפואי <input type="checkbox"/> דיאליזה <input type="checkbox"/> צנתור <input type="checkbox"/> עירויי דם <input type="checkbox"/> הזנה/ האכלה <input type="checkbox"/> חמצן <input type="checkbox"/> ציטוטוקסיה <input type="checkbox"/> אחר _____ |
| <input type="checkbox"/> מסמך רפואי מעודכן על אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון סוג הטיפול שניתן, ותדירותו. <input type="checkbox"/> דוח על מעקב במרפאות מומחים. | | מחלה/תסמונת <input type="checkbox"/> תסמונת דאון <input type="checkbox"/> דחף בלתי נשלט לאכילה <input type="checkbox"/> שברים <input type="checkbox"/> פתולוגים <input type="checkbox"/> דלקות כרוניות <input type="checkbox"/> מחלה ממארת <input type="checkbox"/> אחר _____ |

פרטים על מצבו הרפואי של הילד

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| מסמכים נדרשים | תאריך | פרטי הליקוי הרפואי / המחלה | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> אבחון של האגף לטיפול באדם המפגר במשרד הרווחה. <input type="checkbox"/> אישור של ועדת השמה על הצורך בלימודים במסגרת מיוחדת. | <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> חודש שנה | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> מוגבלות שכלית |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> מסמך רפואי מעודכן | אחר _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | תלונות רפואיות | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

פרטים על פגיעה כתוצאה מתאונה ותביעה נגד צד שלישי

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

לא כן, ציין את סוג התאונה: תאונת דרכים אחרת

מקום אירוע התאונה ונסיבותיה: _____

נמסרה הודעה למשטרה? כן, לתחנת המשטרה ב _____ בתאריך _____ מס' התיק _____ לא

האם הוגשה / עומדים להגיש תביעה לפיצויי נזיקין? לא כן, פרט: _____ שם משפחה ושם פרטי של הנתבע: _____ תאריך הגשת התביעה: _____

פרטי עורך הדין המייצג את הילד בתביעה: (שם העו"ד ושם המשרד) _____

| | | | | | |
|----------------|------------|-------|---------------|------|-------|
| רחוב / תא דואר | מס' בית | כניסה | דירה | ישוב | מיקוד |
| | | | | | |
| טלפון קווי | טלפון נייד | | דואר אלקטרוני | | |
| | | | | | |

הסכמה לקביעה בידי רופא ללא נוכחות. נא לחתום למטה אם אתה מעוניין שהנכות הרפואית תקבע לפי מסמכים בלבד

אני מסכים בזה שרופא יקבע את הליקויים הרפואיים של הילד לפי מסמכים בלבד, ובלי לזמן את ילדי לבדיקה רפואית. ידוע לי, שלמרות הסכמתי זו יהיה על הילד להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת. לתשומת לבכם: אם ילדכם ייבדק באמצעות מסמכים ו/או נוכחות, לא ניתן יהיה לבדוק אותו לעניין "תלות לחלוטין" (בדיקה פיזית הבוחנת את מידת התלות בעזרת הזולת, בביצוע פעולות יומיום (אכילה, נידות בתוך הבית, הלבשה, רחצה, היגיינה אישית)). מי שנקבע לו כי הוא תלוי לחלוטין בעזרת הזולת בביצוע פעולות היומיום, זכאי לתוספת קצבה בשיעור 28%.

חתימת התובע ✕ _____

7

האם פנית לאחד מהגורמים הבאים:

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

8

פרטי חשבון הבנק של התובע/ת

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

| | | | |
|------------------|-------------------|----------|------------|
| 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 הילד שבגינו מוגשת התביעה. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה. 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.

תאריך _____ חתימת מקבל הגמלה _____ חתימה/חתימות השותפים לחשבון _____

9

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

תאריך _____ חתימת מגיש התביעה _____



נספח – אישור על לימודים

טופס זה ימלא הגורם החינוכי ויחתום עליו בעבור ילדים מגיל 6 ומעלה שימו לב, יש למלא את הטופס לשנת הלימודים הנוכחית. בכל מקרה שבו הילד נמצא בנסגרת חינוכית מיוחדת (בית ספר מיוחד, כיתת תקשורת, סייעת ועוד)

פרטי הילד

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

הילד לומד באופן קבוע בבית ספר בתנאי פנימייה לא בתנאי פנימייה

כתובת בית הספר _____ מס' טלפון: _____

החל את הלימודים בתאריך _____ תאריך סיום לימודים (משוער) _____

מס' ימי לימוד בשבוע _____ מס' שעות לימוד ביום _____

סידורי הסעה לבית הספר

הילד מגיע למקום הלימודים: ברגל ברכב המשפחה בתחבורה ציבורית בהסעה מאורגנת אחר _____

האם נדרש ליווי לבית הספר: לא כן, פרט את העזרה הנדרשת, סיבתה ומי מלווה _____

הערות: _____

סידורי אכילה ושתייה

האם מוגשת בבית הספר ארוחה לתלמידים? כן לא

האם הילד אוכל ושותה בכוחות עצמו? כן לא

הערות: _____

היגינה אישית

האם הילד שולט על הפרשותיו (שתן, צואה)? כן לא

האם הילד מסתדר בעצמו בשירותים וברחצה של הפנים והידיים? כן

לא, פרט במה מתקשה ואיזו עזרה נדרשת _____

עצמאות

האם הילד מסוגל להישאר לבדו מספר שעות ביום? כן לא, פרט מה הסיבות לכך _____

פרטים על הילד - המשך

התקפים

אופי ההתקף הרפואי אפילפסיה אסטמה אחר פרט _____
האם הילד קיבל בבית הספר התקפים כלשהם? לא כן, מהי תדירות ההתקפים? _____
מתי היה ההתקף האחרון? _____ תיאור אופי ההתקף (כולל משך זמן ממוצע להתקף) _____

האם הילד מרגיש, כי ההתקף קרב? לא כן, כיצד מתנהג _____
תאר את התופעות לאחר ההתקף _____

אופי ההתקף הנפשי חרדה אחר פרט _____
האם הילד קיבל בבית הספר התקפים כלשהם? לא כן, מהי תדירות ההתקפים? _____
מתי היה ההתקף האחרון? _____ תיאור אופי ההתקף (כולל משך זמן ממוצע להתקף) _____

האם הילד מרגיש כי ההתקף קרב? לא כן, כיצד מתנהג _____
תאר את התופעות לאחר ההתקף _____

התנהגות הילד

תאר את התנהגות הילד (קשב וריכוז, באיזו מידה הוא ממושמע, באיזו מידה הוא יודע לקבל גבולות, הקשר עם בני גילו, הקשר עם הסביבה) _____

הערות נוספות

תאריך _____ שם המוסד החינוכי וחותרת * _____

שם ממלא הטופס ותפקידו * _____

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה



כתב ויתור על סודיות רפואית

שם הגמלה: ילד נכה

פרטים אישיים

| | | | | | | | | | |
|----------|-----------------|---|---------|------|-----|--|--|--|--|
| קוד גמלה | מספר זהות/דרכון | תאריך תביעה | שם פרטי | | | | | | |
| 30 | | <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | שנה | חודש | יום | | | | |
| שנה | חודש | יום | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| שם משפחה | | שם פרטי | | | | | | | |

חבר בקופת חולים

כללית מאוחדת מכבי לאומית אחר _____

הצהרה

אני _____ הח"מ, מספר זהות _____

יחס קרבה לרשום מטה: הורה אפוטרופוס אחר _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלה, למצב הרפואי, לטיפול שניתן, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרשו או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי על אודות המבוטח.

תאריך _____ חתימת מגיש התביעה * _____