



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך		דפים							

בקשה לבדיקת תלות בעזרת הזולת למקבל קצבת ילד נכה

ילד **התלוי לחלוטין** בעזרת הזולת הוא מי שזקוק לעזרה בביצוע פעולות היום יום בכל שעות היממה: הלבשה, אכילה, רחצה, היגיינה אישית וניידות עצמית בבית (הבדיקה מתבצעת גם ביחס לביצוע פעולות אלה בקרב בני גילו).

בדיקת תלות מתבצעת לילדים **מעל גיל 3**

פרטי הילד

1

שם משפחה					שם פרטי					מספר זהות ס"ב							
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)																	
רחוב / תא דואר			מס' בית			כניסה			דירה			יישוב			מיקוד		
<p>האם הילד שווה עכשיו או שהה בעבר במוסד או במשפחה אומנת או בפנימייה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן:</p> <p><input type="checkbox"/> במוסד / בפנימייה כתובת: _____</p> <p><input type="checkbox"/> במשפחה אומנת כתובת: _____</p> <p><input type="checkbox"/> שהה מתאריך _____ עד תאריך _____ ומתאריך _____ עד תאריך _____</p> <p><input type="checkbox"/> עדיין שווה</p>																	

פרטי מגיש התביעה

2

שם משפחה					שם פרטי					מספר זהות ס"ב							
<p>קרבה אל הילד:</p> <p><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 _____</p>																	
<p>כתובת מגורים/מען למכתבים: <input type="checkbox"/> עם הילד <input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____</p>																	
רחוב / תא דואר			מס' בית			כניסה			דירה			יישוב			מיקוד		
טלפון קווי					טלפון נייד					דואר אלקטרוני							
<p><input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS</p>																	

3

פרטים על מצבו הבריאותי של הילד (יש לצרף מסמכים רפואיים מעודכנים)

4

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. ידוע לי, כי אם הזכאות זמנית והיא מסתיימת בחצי השנה הקרובה, המוסד לביטוח לאומי יבדוק את כל הזכאות ולא רק את התלות בזולת.

תאריך _____

חתימת מגיש התביעה * _____

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: שר"מ וילד נכה

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	
30		שנה חודש יום	
שם משפחה	שם פרטי		
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, מספר זהות _____

יחס קרבה לר"מ הורה אפוטרופוס אחר _____

מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלה, מצב הרפואי, הטיפול שניתן, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודות המבוטח.

תאריך _____ חתימת מגיש התביעה ✕ _____