המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף סיעוד מחלקה ראשונה

הסכמה להעברת תביעה לגמלת סיעוד באמצעות עו"ס/ אח/ות:

❑ **בית חולים** _____ שם עו"ס בי"ח _____ מחלקה _____
❑ מרפאת חוץ
❑ קופ"ח _____ מרפאה _____ שם העו"ס או האח/ות _____
❑ הוספיס בית ❑ אחר _____

סוג התביעה: ❑ רגילה ❑ בשלב טרום – ניתוח יש לצרף העתק ממכתב ההפניה (מרופא המשפחה) לניתוח

לנשים בלבד: אם טרם הגעת לגיל 67 ויש לך ליקויים ברגלים, שמגבילים אותך בניידות או שאת מוגבלת לנוע באופן חלקי או בסיוע אמצעי עזר כגון: כיסא גלגלים או קלנועית - יתכן שתהיי זכאית לגמלת ניידות. אם תחליטי להיבדק לעניין ניידות, עלייך לפנות ללשכת הבריאות המחוזית שבאזור מגוריך, למלא טופס בקשה ידני או מקוון – לבדיקה, ולצרף אליו מסמכים רפואיים.

אם מונה לתובע אפוטרופוס, יש לצרף צו אפוטרופסות

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

מצב משפחתי: ❑ רווק/ה ❑ נשוי/אה ❑ ידוע/ה בציבור ❑ גרוש/ה ❑ פרוד/ה ❑ אלמן/ה

שפות דיבור: _____ _____

התובע מתגורר: ❑ בכתובת הרשומה במשרד הפנים ❑ במוסד _____

❑בכתובת אחרת: _____ אצל: _____קרבה לתובע: _____

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		_____@_____

❑ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (מסרונים – sms, דואר אלקטרוני) במקום בדואר רגיל.
לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי, יישלחו אליך בערוצים הדיגיטליים לפי המידע שמסרת.

כתובת למשלוח דואר (ימולא רק אם בן המשפחה או האפוטרופוס מבקש לשלוח מכתבים לכתובת שונה מהכתובת שבה מתגורר התובע)

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

תעודת עיוור:
האם ברשותך תעודת עיוור? ❑ לא ❑ כן, **נא לצרף צילום**

האם פתחת בתהליך לקבלת תעודת עיוור?
❑ לא ❑ כן

אשפוז מתוכנן: האם מתוכנן אשפוז? ❑ לא ❑ כן, תאריך אשפוז מתוכנן _____

פרטים על בן/בת זוג

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

האם בן/בת הזוג הגיש/ה תביעה לגמלת סיעוד/ שר"מ או מקבל/ת גמלת סיעוד/ שר"מ? ❑ כן ❑ לא

2 האנשים שגרים עם התובע

האם מישהו מתגורר עם התובע?

❑ לא ❑ כן. אם כן, נא למלא את פרטיו:

שם משפחה	שם פרטי	ת"ז	יחס קרבה	האם מקבל, או מתכוון להגיש תביעה לסיעוד, לשירותים מיוחדים או לגמלה אחרת לסיוע בפעולות היום יום?

3 איש קשר או אפוטרופוס – להשלמת מידע או אם איש הקשר או האפוטרופוס מבקש שההתקשרות תהיה איתו

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

טלפון קווי	טלפון נייד

נא לציין אם מעוניין להיות נוכח בעת הביקור ❑ כן ❑ לא

❑ 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.

4

אם תִּמָּצֵא זכאי לגמלת סיעוד ברמה 1, תוכל לבחור באחת מ- 4 האפשרויות הבאות:

❑ קצבה בסך 1,659 ₪;

❑ 5.5 יחידות בשבוע שניתן להשתמש בהן לטיפול אישי בבית, מרכז יום, משדר מצוקה, שירותי כביסה ומוצרי ספיגה (ללא כסף);

❑ 5.5 יחידות שירות בשבוע, שניתן להשתמש בהן בשילוב שירותי סיעוד נוספים וגמלה בכסף.

❑ 9 יחידות שירות בשבוע שניתן להשתמש בהן למגוון שירותים, **פרט לקצבה בכסף ופרט לטיפול אישי בבית.**

לתשומת לבך, ברמות הזכאות האחרות, האפשרויות לבחירה הן אחרות.
במקרים שבהם יש הפחתה בגלל הכנסות גבוהות, יופחתו השעות/ יחידות השירות ב 50% מערכן.

5 הצהרה על הכנסות

❑ אני מצהיר שאין לי ולבן/בת זוגי הכנסות פרט ל: ❑ קצבאות מהמוסד לביטוח לאומי, ❑ פנסיה ישראלית, ❑ הכנסות בתור עצמאי ❑ רנטה של ניצולי שואה. במקרים אלה, אין צורך לצרף אישורים.

❑ אני מצהיר שאני ❑ שכיר ו/או מקבל: ❑ קצבה סוציאלית מחו"ל ❑ הכנסות משכר דירה ❑ הכנסות מתגמולים אחרים;

❑ אני מצהיר שבן/בת זוגי ❑ שכיר ו/או מקבל: ❑ קצבה סוציאלית מחו"ל ❑ הכנסות משכר דירה ❑ הכנסות מתגמולים אחרים;

*** נא לצרף מסמכים על מקור/ות ההכנסה שציינת**

❑ אני מצהיר שאין לי ולבן/בת זוגי הכנסות כלל.

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר ומפנסיה, לרבות כאלו שהיו לך או שיהיו לך בעתיד. אם אתה מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה:

❑ אני התובע - מסרב ❑ אני, בן זוגו של התובע (נשוי או ידוע בציבור) - מסרב

שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים ולמשלמי הפנסיה שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) על הכנסותיי.
ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי, אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי וזכאות לבן/בת הזוג.

6 קבלת תשלום או שירותים בעבור טיפול אישי או עזרה בבית ממשרד הביטחון

❑ לא מקבל

❑ מקבל : ❑ תשלום כספי ❑ שירותים

7 פרטי חשבון בנק

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

שמות בעלי החשבון			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ❑ לחשבון הקיבוץ / המושב ❑ לחשבוני הפרטי

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 הפרטים 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 ו/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 פרטי ומשפחה _____

חתימת התובע / מקבל הגמלה / מגיש התביעה ×_____

8 פרטים על תביעת נזיקין

1. האם התלות בזולת כולה או מקצתה נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים? ❑ כן ❑ לא
2. האם התלות בזולת נגרמה מאירוע תאונתי אחר (רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר וכד')?

   ❑ לא ❑ כן, נא פרט: **חובה לענות על שאלות אלו**

   תאריך התאונה: _____מקום התאונה: _____

   נסיבות אירוע התאונה: _____

3. האם נמסרה הודעה למשטרה?

   ❑ לא ❑ כן, לתחנת המשטרה ב: _____ מס' תיק: _____

   כתובת תחנת המשטרה: _____

4. האם הגשת או תגיש תביעה לפיצוי נזיקין? ❑ לא ❑ כן, בתאריך: _____

   מיהו הנתבע: _____ מס' התיק: _____

5. עורך הדין המייצג אותך בתביעה:

   שם: _____ טלפון: _____טלפון נייד: _____

   כתובתו: _____

9 הצהרת התובע או מגיש התביעה (בשמו)

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים.
ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, מהווה עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן תגמול לפי חוק זה או להגדלתו ע"י 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 לתגמול או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום, על ידי פניה לסניף הביטוח הלאומי הקרוב למקום מגורי.

כמו כן אני מתחייב להודיע לביטוח לאומי על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.
אני מצהיר בזאת, כי פרט להכנסות שצוינו לעיל אין לי או לבן/בת זוגי הכנסות נוספות.
ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח אלי באמצעות הערוצים אותם ציינתי.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותיי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג׳ הרלוונטיים לצורך זה

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת btldpo@nioi.gov.il.
אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

☐ **אני נותן בזה רשות לביטוח לאומי למסור לרשויות או למוסדות ציבוריים, מידע בדבר זכאותי, לצורך קבלת הטבות נלוות הקבועות בחוק ובתקנות.**

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימת התובע / מגיש התביעה* _____

למלא אם מגיש התביעה אינו התובע:

הקשר לתובע	טלפון קווי	טלפון נייד

רחוב/ תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

חותמת קבלה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות / דרכון דפים סוג המסמך **7 8**

כתב ויתור על סודיות רפואית

שם הגמלה: סיעוד

פרטים אישיים של המבוטח

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה
96		יום חודש שנה
שם משפחה	שם פרטי	

חבר בקופת חולים: ❑ כללית ❑ מאוחדת ❑ מכבי ❑ לאומית ❑ אחר _____

הצהרת המבוטח או האפוטרופוס (במקרה של מינוי אפוטרופוס - יש להמציא צו אפוטרופסות)

אני ❑ התובע ❑ אפוטרופוס _____ _____ הח"מ,

שם מס' תעודת זהות

מוותר על הסודיות הרפואית שלי/ של הנ"ל ו:

1. נותן בזה את הסכמתי 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 אודותיי.

2. נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לנותן השירותים שיספק לי את שירותי הסיעוד, מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.

3. נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לרשות ההגירה ולקבל מרשות ההגירה, מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.

4. נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור למחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית ולקבל מהמחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, לרבות מידע על גמלת הסיעוד, לו אקבלה.

5. נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לקופ"ח שבה אני מבוטח ולקבל ממנה: מידע רפואי וסוציאלי אודותיי הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד ואת התוצאות של הערכות התלות שתערכנה בגין תביעה זו.

ולראייה באתי על החתום

חתימת המבוטח או האפוטרופוס ✖ _____

ויתור סודיות והרשאה למסירת מידע לעובד הסוציאלי

חותמת קבלה	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות / דרכון דפים סוג המסמך

1 פרטי העובד הסוציאלי

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב **או**	מספר רישיון

שם הרשות /המוסד	טלפון נייד

אני מצהיר שלא אעשה כל שימוש לרעה במידע שיימסר לי על ידי נציג המוסד לביטוח לאומי

תאריך_____ שם _____ חתימה ✘_____

2 פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב

כתובת

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
		_____@_____

❑ 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.

3 הצהרה

אני הח"מ מייפה בזאת את כוחו של העו"ס, שפרטיו רשומים בטופס זה, לקבל בשמי ועבורי מאת המוסד לביטוח לאומי או מאת עובדיו, כל מידע, פרטים ומסמכים המצויים ברשותם והנוגעים אלי בין במישרין ובין בעקיפין לגבי גמלאות בכסף או בעין, ותשלומים אחרים שהגיעו לי, או המגיעים לי, או העשויים להגיע לי מאת המוסד לביטוח לאומי ולגבי תביעות שהגשתי לקבלת גמלאות ותשלומים לרבות סוגי הגמלה, סכום הגמלה, הבסיס לחישובה ומרכיביה, תקופות תשלום ומועדי תשלום יתרות לזכות ולחובה לגבי גמלאות ותשלומים כאמור, וכן כל מידע שעשוי לסייע לעו"ס לטפל במיצוי זכויותי במוסד לביטוח לאומי.

כן רשאי העו"ס, שפרטיו רשומים לעיל, לקבל כל מידע ופרטים לגבי הטיפול בתביעתי, לרבות העתקים של כתבי התביעה, שלב הטיפול בתביעה, החלטות שניתנו והמידע ששימש תשתית להחלטות. כאמור כולל מידע רפואי, שיקומי או סוציאלי הכלול והכרוך בהם.

אני משחרר ופוטר בזה את המוסד לביטוח לאומי או כל עובד מעובדיו מחובת השמירה על סודיות המידע שלפיו כל דין. על כן לא תהיה לי כל טענה ותביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת המידע האמור כלפי המוסד לביטוח לאומי או מי מעובדיו.

תאריך_____ שם _____ חתימת המבוטח ✘_____