



תביעה לגמלת ילד/ה נכה

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ תעודה רפואית וסיכומי מחלה בשנה האחרונה, הכוללים גם פירוט הטיפולים הרפואיים.
- ☞ אישור לימודים שימולא ויוחתם על ידי המוסד החינוכי (בית הספר או גן הילדים) (ראה נספח אישור על לימודים).
- ☞ לילד עד גיל 6 - אם אינו לומד ניתן להביא אישור על טיפול התפתחותי לאחר שהאישור ימולא ויוחתם על ידי גורם מוסמך.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ התביעה תוגש על ידי הורה שהילד גר עמו, או האפוטרופוס שלו, או מי שמחזיק אותו למעשה.
- ☞ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולברורים 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

תאריך תביעה

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

עמוד 1 מתוך 7

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך

דפים

חותמת קבלה

1 פרטי הילד

1

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות ס"ב _____

תאריך לידה _____ תאריך עליה _____ קופת חולים בה מבוטח הילד _____ כתובת _____

שנה חודש יום שנה חודש יום

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

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

האם הילד שווה עכשיו או שהה בעבר במוסד / במשפחה אומנת / בפנימייה? לא כן: במוסד / בפנימייה כתובת: _____ במשפחה אומנת כתובת: _____ שהה מתאריך _____ עד תאריך _____ ומתאריך _____ עד תאריך _____ עדיין שווה

2 פרטי מגיש התביעה

2

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות ס"ב _____

קרבה אל הילד: הורה אח/אחות סב/סבתא אפוטרופוס (יש לצרף צו אפוטרופסות) אחר _____

כתובת מגורים/מען למכתבים: עם הילד אחר, פרט: _____

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

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____ דואר אלקטרוני _____

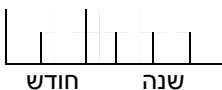





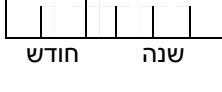




אני מאשר קבלת הודעות SMS

3 פרטים על ילדים בגינם משתלמת הבצת 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/נוירולוג/רופא התפתחותי <input type="checkbox"/> אבחון פסיכולוגי מפסיכולוג התפתחותי או קליני הכולל שימוש במבחן פסיכולוגי מותאם לגיל התפקודי של הילד <input type="checkbox"/> דוח המפרט את הכלי בו בוצע האבחון (GARS,CARS,ADOS,PODIT,ADI,DSM-IV) |  | ספקטרום אוטיסטי |
| <input type="checkbox"/> מידע מרופא מומחה מטפל במחלקה בבית החולים <input type="checkbox"/> דו"ח מעקב ערכי סוכר ממכשיר הגלוקומטר לחודש האחרון <input type="checkbox"/> תוצאות עדכניות של בדיקת דם HbA1C <input type="checkbox"/> אם הילד אושפז, יש לצרף מסמך סיכום מחלה |  | סכרת נעורים |
| <input type="checkbox"/> אודיוגרמה – בדיקת שמיעה עדכנית בהולכת אויר ללא מכשירי שמיעה וטימפנוגרם אם נדרש |  | ליקוי שמיעה / חירשות |
| <input type="checkbox"/> סיכום מידע רפואי מנוירולוג או רופא 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 עדכנית מרופא עיניים מטפל לחדות ראייה בכל עין ללא אמצעי עזר <input type="checkbox"/> בדיקת ראייה עדכנית מרופא עיניים מטפל לשדה ראייה בכל עין ללא אמצעי עזר |  | ליקוי ראייה /עיוורון |
| <input type="checkbox"/> דו"ח התפתחותי / רפואי מעודכן <input type="checkbox"/> מסמך עדכני על הטיפולים הפרא רפואיים (קלינאי תקשורת, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וכדומה) |  | עיכוב התפתחותי |
| <input type="checkbox"/> דו"ח התפתחותי / רפואי מעודכן <input type="checkbox"/> מסמך עדכני על טיפולים פרא רפואיים (קלינאי תקשורת, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וכדומה) |  | סיוע בתקשורת |
| <input type="checkbox"/> מסמך רפואי מרופא מטפל על היסטוריה רפואית ותוכנית הטיפול <input type="checkbox"/> תוצאות עדכניות 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 עדכני אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון ההיסטוריה הרפואית, סוג ותדירות הטיפול הניתן. <input type="checkbox"/> דוח על מעקב במרפאות מומחים – פירוט תוכנית הטיפולים בהמשך |  | <input type="checkbox"/> העדר 2 גפיים <input type="checkbox"/> חוסר תפקוד 2 גפיים |
| <input type="checkbox"/> מסמך רפואי עדכני אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון ההיסטוריה הרפואית, סוג ותדירות הטיפול הניתן. <input type="checkbox"/> דוח על מעקב במרפאות מומחים – פירוט תוכנית 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 עדכני אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון סוג ותדירות הטיפול הניתן. <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 פתולוגיים <input type="checkbox"/> דלקות כרוניות <input type="checkbox"/> מחלה ממארת <input type="checkbox"/> אחר _____ |
| <input type="checkbox"/> מסמך רפואי עדכני | | אחר _____ |

7

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 | | | |
|--|------------------|-------------------|---------|
| מספר חשבון | מס' סניף | שם הסניף / כתובתו | שם הבנק |
| | | | |
| <p>אני השותף לחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור הילד בגינו מוגשת התביעה.</p> <p>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, אף פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.</p> <p>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.</p> | | | |
| _____ x | _____ x | _____ | |
| חתימה/חתימות השותפים לחשבון | חתימת מקבל הגמלה | תאריך | |

8

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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

_____ x חתימת מגיש התביעה תאריך _____



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה

נספח – אישור על לימודים

טופס זה ימולא וייחתם על ידי הגורם החינוכי עבור ילדים מגיל 6 ומעלה שימו לב כי יש למלא הטופס לגבי שנת הלימודים הנוכחית. בכל מקרה בו הילד נמצא בנסגרת חינוכית מיוחדת (בית ספר מיוחד, כיתת תקשורת, סייעת ועוד)

פרטי הילד

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

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 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: _____

היגיינה 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 בבית הספר הילד קיבל התקפים כלשהם? לא כן, מהי תדירות ההתקפים? _____
מתי היה ההתקף האחרון? _____ תאור אופי ההתקף (כולל משך זמן ממוצע להתקף) _____

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

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

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

התנהגות הילד

תאר את התנהגות הילד (קשב וריכוז, באיזה מידה ממושמע, באיזה מידה יודע לקבל גבולות, קשר עם בני גילו, קשר עם הסביבה)

הערות נוספות

תאריך _____ שם וחותרת המוסד החינוכי ✕ _____

שם ותפקיד ממלא הטופס ✕ _____

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: ילד נכה

פרטים אישיים

| | | |
|----------------|---------------------|---------------------------------|
| קוד גמלה 30 | מספר זהות/דרכון | תאריך תביעה 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, 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 * _____