

**בקשה להכרת זכות (חבלה)**  
**לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום) תשי"ט 1959 (נוסח משולב)**

**לתשומת לב ממלא הטופס:**

- עליך לדייק במילוי הפרטים ולתת מענה מלא לכל השאלות.
- במסגרת הטיפול בבקשתך על ידי קצין התגמולים או על ידי ועדת ערר, לא תורשה לסטות מתיאור העובדות כפי שציינת בטופס זה ללא קבלת רשות מיוחדת.
- נתוני תאריך לידה, מצב משפחתי וכתובת יאומתו מול נתוני משרד הפנים ורק נתוני משרד הפנים יהיו קובעים למתן זכויותיך הניתנות על פי נתונים אלה.
- אתה רשאי להיות מיוצג בתביעתך על ידי עורך דין ו/או על ידי אדם אחר אם אין אותו אדם עושה את הייצוג דרך עיסוק או תמורה.

אני החתום מטה, לאחר שהוזהרתי כי עליי לומר את האמת כולה ואת האמת בלבד וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר בזה כלהלן:

**א. פרטים אישיים**

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	שם משפחה קודם	מספר זהות	מין
					<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
מספר אישי בצה"ל	מספר שוטר/סוהר	תאריך לידה	ארץ לידה	מצב משפחתי	
				<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	

**כתובת מגורים:**

רחוב	מספר בית	מספר דירה	תיבת דואר	ישוב	מיקוד
טלפון נייד	טלפון ניח	טלפון נוסף	מספר פקס'	כתובת דוא"ל	

**חברות בקופת חולים:**

שם הקופה	מתאריך	עד תאריך	שמות הרופאים המטפלים ומקצועם	כיום
				בעבר

**מקום עבודה נוכחי/אחרון:**

שם	כתובת	תפקיד	מספר טלפון

**ב. פרטים אודות השירות**

סוג שירות	תאריך גיוס	פרופיל רפואי	תאריך שחרור	פרטי היחידה או מספר ד"צ	תפקיד	דרגה	חיל
חובה							
קבע							
מילואים							
שוטר							
סוהר							
אחר							

האם קיבלת פטור משירות?  לא  כן, מתאריך \_\_\_\_\_ מסיבה: \_\_\_\_\_  
אם הנך כעת בשירות צבאי, נא ציין את מספר ד"צ הנוכחי: \_\_\_\_\_  
האם הגשת בעבר תביעה למשהב"ט עקב חבלה/מחלה?  לא  כן, בתאריך \_\_\_\_\_ מסיבה: \_\_\_\_\_  
האם הגשת בקשה לקצבה/גמלא לפי חוק ביטוח לאומי?  לא  כן, התביעה בטיפול/אושרה מתאריך \_\_\_\_\_



## כתב ויתור על סודיות

שם: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_

מספר תעודת זהות: \_\_\_\_\_ - חבר בקופת חולים: \_\_\_\_\_

מ.א. בצה"ל \_\_\_\_\_

אני, הח"מ, מבקש בזה מאת קופת חולים ומאת כל רופא, פסיכולוג, עובד רפואי, המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו ולרבות מחלקת רציפות ביטוחית, כל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי, בתי חולים, מרפאות לבריאות הנפש, שלטונות צה"ל, משטרת ישראל, שירות בתי הסוהר, מוסד שיקומי, לשכה לשירותי רווחה, לרבות לשכות רווחה ברשויות המקומיות, מוסדות חינוך, משרד החינוך ו/או עובדי משרד החינוך ו/או מי מטעמם, "מבטחים", חברות לביטוח בע"מ ו/או כל גוף אחר כלשהו, למסור למשרד הביטחון/אגף שיקום נכים, ליועץ המשפטי לממשלה ו/או נציגיו ו/או מי מעובדיו ו/או פקידיו ו/או חוקריו ו/או מי מטעמו (להלן: המבקש) בהתאם לבקשתו ומזמן לזמן, את כל הפרטים והמסמכים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרוש המבקש, על מצבי הבריאותי ו/או הנפשי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או החינוכי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה, חלילה, בעתיד.

הנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם וכל עובד מעובדיכם וכל עובד רפואי ו/או עובד אחר ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים, כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים ו/או כל סניף מסניפיכם ו/או כל מוסד חינוכי ו/או משרד החינוך ו/או כל מוסד אחר ו/או מקום עבודתי מחובת שמירה על סודיות רפואית וכללית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי ו/או מצבי הנפשי ו/או מצבי הסוציאלי ו/או מצבי בתחום החינוכי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או עבודתי ומתיר לכם בזאת מתן מידע מכל תיק ו/או קובץ שנפתח על שמי בכל מוסד ממוסדותיכם, כולל המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם, משלם וישלם לי ולרבות מידע ממחלקת רציפות ביטוחית במוסד לביטוח לאומי, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה לי אליכם/הם כל טענה ו/או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

אני מודע לכך שבכל התיעוד שיועבר על ידכם יכול וייעשה שימוש, במידה ואנהל הליך משפטי מול מדינת ישראל, ואני מבקש כי התיעוד המצוי בידכם יועבר בשלמותו לנציגי המדינה, כמפורט לעיל.

**ולראייה באתי על החתום:**

\_\_\_\_\_

חתימה

עד לחתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

אבקש למלא את הטופס בדיוקנות, לחתום על הטופס וכן על טופס ויתור סודיות רפואית ולצרף החומר הדרוש לפי הפרוט רצ"ב.

1. דוח"ת פציעה ו/או אישור עובדתי בכתב מהיחידה, אשר יעיד על נסיבות פציעתך.
2. תצהיר בשבועה מפורט מעו"ד או בית-משפט אשר יעיד על נסיבות פציעתך במידה ואינך מצרף דוח"ת פציעה או אישור מהיחידה לנסיבות החבלה.
3. מסמכים רפואיים המעידים על מצבך הרפואי טרם החבלה-אישור מהרופא המטפל בקופת-חולים כולל רופאים מקצועיים, במידה וטופלת בגין אותה פגימה.
4. סיכומי מחלה / חדרי מיון מבתי-חולים / ביקור במרפאה מקצועית / צבאית.
5. דו"ח רפואי מפורט המעיד על מצבך כיום מהרופא המטפל.
6. צילום ת.ז עם התמונה+הספח.
7. צילום רישיון נהיגה (במקרה של תאונת דרכים בה הנהג הוא התובע).

**המצאת החומר על ידך עשויה לזרז ולקדם את עניינך, ולקצר את זמן ההמתנה לקבלת חומר עקב פניה שלנו.**

## דף הסבר לטופס

### חבלה

הטוען כי נותרה לו נכות בעקבות חבלה שארעה בזמן ועקב שירותו הצבאי, בשירות חובה, קבע, מילואים, משטרה, שירות בתי הסוהר או שירות ביטחוני אחר רשאי להגיש בקשה להכרת זכות זו לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום) תשי"ט 1959 (נוסח משולב).

לעניין זה "חבלה" היא נזק אנטומי לגוף שנגרם במישרין מגורם פיזי חיצוני באירוע מסוים, לרבות מכת חום, מכת קור וכן הפרעת בטר חבלתית (PTSD) שנגרמה בפעילות מבצעית או באימון לפעילות כאמור, או באירוע אחר שאופיו, מהותו ונסיבותיו ייחודיים לשירות הצבאי.

טופס זה מיועד למילוי במקרה של חבלה. במידה ומדובר במחלה יש למלא טופס בקשה המתייחס למחלה.

#### הקדמה:

לפני המילוי עליך לקרוא בעיון את דף ההסבר במלואו. את הטופס יש למלא בעט ובכתב יד ברור ולהגיש ב-3 העתקים (עותק מקורי+שני העתקים). אם המקום המיועד בטופס צר מלהכיל את כל הפרטים יש לצרף דף נוסף ב-3 העתקים.

#### חלק א' - פרטים אישיים

מלא פרטים מלאים כפי שרשומים בתעודת הזהות. ציין מספר אישי צבאי כפי שמופיע בתעודה הצבאית. שוטרים, סוהרים, שב"כ ומשרד ראש הממשלה ירשמו בנוסף למספרם האישי מ.א. צבאי. רשום באיזו קופת חולים הינך חבר, וכן ציין תאריך הצטרפותך לקופה. רשום קופת חולים קודמת בה היית חבר. אם קיימת קופת חולים נוספת ציין פרט זה. חייל בשירות חובה/קבע ימלא פרטי קופת חולים קודמת בה היה חבר.

#### חלק ב' - פרטים אודות השירות

ציין פרטים על שירות החובה כיום או בעבר (כולל אנשי קבע, שוטרים וסוהרים), במידה ולא שרתת שירות חובה ציין זאת בסעיף זה.

#### חלק ג' - החבלה

מלא את פרטי השירות שבמהלכו נפצעת. חשוב! מלא את פרטי מפקדך הישיר באותה תקופה.

#### תאור החבלה:

אם המקום המיועד בחלק זה אינו מספיק, הוסף דף נוסף ב-3 עותקים. אם הפציעה נבעה מתאונת דרכים מלא סעיף זה במלואו.

#### עדים לאירוע:

חובה למלא סעיף זה. באם לא היו עדים סמן X במשבצת המתאימה.

#### מוסדות רפואיים בהם טופלת:

הקפד לציין את שם המוסד הרפואי הראשוני בו טופלת מיד לאחר הפציעה. במידה וקבלת טיפול רפואי ראשוני בשטח, ציין פרטים מלאים על המשך הטיפול הרפואי במוסדות השונים בציון תאריכים.

#### חלק ד' - הצהרה

לאחר שמלאת את כל הפרטים, קרא בתשומת לב את ההצהרה וחתום את שמך במקום המתאים. **טופס לא חתום או שלא מולאו בו כל הפרטים הנדרשים יוחזר!**

## **כתובת למסירת הטפסים**

**משרד הביטחון – אגף שיקום נכים, היחידה לתביעות וקביעת זכאות**  
בדואר - רח' קפלן 23 הקריה, תל-אביב מיקוד 6473424  
באמצעות שליח/ידני (במועדי קבלת קהל בלבד) – רח' ז'בוטינסקי 94, פתח תקווה.

**או לכתובת הבאה באזור מגוריך:**

<b>ירושלים:</b> בית הטיילת רח' בית"ר 2, מיקוד 9338601	<b>דן:</b> דרך יעקב דורי ת.ד. 928 קריית אונו מיקוד 5510801
---	--

<b>טבריה:</b> בנין המשטרה, דרך הציונות ת.ד. 773 מיקוד 1432301	<b>תל אביב:</b> דרך יעקב דורי ת.ד. 931 קריית אונו מיקוד 5510801
---	---

<b>באר שבע:</b> רח' סוקולוב 14, מיקוד 8428830	<b>חיפה:</b> רח' דוד המלך 44, נווה דוד מיקוד 3542126
--	--

**רחובות:**  
רח' מרשוב 5, מיקוד 7644307

**מוקד טלפוני אגף שיקום נכים 03-7776777**

## **מועדי קבלת קהל**

← **ימי ב':** 08:00-12:00

← **ימי ד':** 15:00-18:00