המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נפגעי עבודה

תביעה להכרה כנכה נזקק
לפי תקנה 18 א'

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

תאריך הפגיעה בעבודה

שנה חודש יום

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	ס"ב

2 פרטים על עיסוקי לפני הפגיעה – נא סמן במקום המתאים

❑ **שכיר** – מקום העבודה _____

מעמד: ❑ זמני ❑ קבוע

ותק במקום העבודה: _____ . מקצוע _____

הוצעה לי עבודה אחרת ע"י מעבידי: ❑ כן ❑ לא, ציין את הסיבה _____

הגשתי בקשה לדמי אבטלה ❑ לא ❑ כן, בתאריך _____

חובה להחתים את המעביד, במקום העבודה בו נפגעת, על סעיף 4 בטופס זה.

❑ **עצמאי** ❑ העסק בבעלותי ❑ שותפות

מצב העסק כיום : ❑ סגור ❑ הפעילות צומצמה ❑ אין שינוי בפעילות העסק

אני מעסיק עובדים : לא ❑ כן ❑

ברצוני להוסיף על האמור לעיל: _____

_____

_____

3 הצהרה

הריני מצהיר בזאת שבתקופה מתאריך _____ עד תאריך _____ , לא הייתה לי כל הכנסה מן המקורות שלהלן: הכנסה מהתעסקות ,דמי אבטלה ואינני זכאי עבור תקופה זו לכל תשלום מאת מעבידי.
ידוע לי, כי מחובתי לעדכן את המוסד לביטוח לאומי מיד עם שובי לעבודה.
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.

תאריך_____ שם _____ חתימה ✗ _____

4 אישור המעסיק למוסד לביטוח לאומי

שם המעסיק _____ מספר תיק ניכויים _____

הריני מאשר כי העובד _____ בעל מס' ת.ז. _____

לא עבד בתקופה מתאריך _____ עד תאריך _____

קבל שכר עבור תקופה זו ❑ כן ❑ לא

הוצעה לו עבודה אחרת במפעל ❑ כן ❑ לא, הסיבה _____

הערות: _____

_____

תאריך_____ שם החותם ותפקידו_____ חתימה וחותמת ✗ _____

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד