



תביעה גמלה לילד/ה נכה

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ תעודה רפואית וסיכומי מחלה מהשנה האחרונה, ובהם גם פירוט הטיפולים הרפואיים.
- ☞ אישור לימודים שימלא המוסד החינוכי (בית הספר או גן הילדים) ויחתום עליו (ראה נספח אישור על לימודים).
- ☞ לילד עד גיל 3 - אם אינו לומד אפשר להביא אישור על טיפול התפתחותי, לאחר שגורם מוסמך מילא את האישור וחתם עליו.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו.
- ☞ עליך לצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בטופס התביעה.
- ☞ את טופס התביעה בצירוף המסמכים הנלווים ניתן:
 - למלא דרך אתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il באמצעות כפתור תביעות מקוונות (און – ליין).
 - למסור לפקיד קבלת קהל בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.
 - להכניס לתיבת השירות המוצבת מחוץ לסניף.
 - לשלוח את התביעה עם המסמכים הנלווים באמצעות פקס. אין צורך להגיש מסמכי מקור, למעט פסקי דין. עם זאת, המוסד יהיה רשאי לדרוש הצגה של מסמך מקורי, אם הצילום או הפקס שהתקבל אינו ברור, או מכל סיבה אחרת לפי שיקל דעתו של פקיד התביעות.
 - ניתן לשלוח מסמכים נוספים באמצעות שירות שליחת מסמכים באתר.
- ☞ לשאלות ובירורים ניתן לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345
- ☞ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.
- ☞ לידיעתך - על פי חוק, לא תאושר הקצבה לתקופה העולה על 12 חודשים אחרונים שלפני מועד הגשת התביעה.
- ☞ לידיעתכם, מידע על מקבלי קצבת ילד נכה מועבר לגורמים שונים, לצורך מיצוי זכויות.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

עמוד 1 מתוך 8

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

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה

תביעת גמלה לילד נכה

תאריך תביעה

שנה	חודש	יום
_____	_____	_____

1

פרטי הילד

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
תאריך לידה		תאריך עלייה		קופת החולים שבה מבוטח הילד	
שנה חודש יום		שנה חודש יום		כתובת	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
_____	_____	_____	_____	_____	_____
האם הילד שווה עכשיו או שהה בעבר במוסד / במשפחה אומנת / בפנימייה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן					
במוסד / בפנימייה <input type="checkbox"/> כתובת: _____					
במשפחה אומנת <input type="checkbox"/> כתובת: _____					
שהה מתאריך _____ עד תאריך _____ ומתאריך _____ עד תאריך _____					
<input type="checkbox"/> עדיין שווה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן					
האם הילד מיועד להיכנס למעון שיקומי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן					

2

פרטי מגיש התביעה

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
קרבה אל הילד: <input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> אח/אחות <input type="checkbox"/> סב/סבתא <input type="checkbox"/> אפטרופוס (יש לצרף צו אפטרופסות) <input type="checkbox"/> אחר _____					
האם מייצג אותך עו"ד / חברה למימוש זכויות <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן (פרט/י למטה)					
שם עו"ד / חברה מימוש זכויות		כתובת		טלפון	
_____		_____		_____	
כתובת מגורים/מען למכתבים: <input type="checkbox"/> עם הילד <input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
_____	_____	_____	_____	_____	_____
טלפון קווי	טלפון נייד	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: _____@_____			
_____	_____	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS			


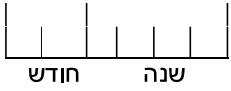

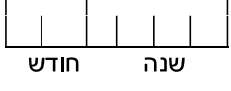
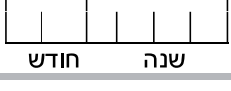
פרטים על ילדים שבגינם משולמת קצבת ילד נכה

מספר זהות	שם הילד	מספר זהות	שם הילד
		4	
		5	
		6	

פרטים על מצבו הרפואי של הילד

מסמכים נדרשים	תאריך	פרטי הליקוי הרפואי / המחלה
<input type="checkbox"/> אבחון רפואי מפסיכיאטר ילדים ונוער או מנוירולוג או מרופא התפתחותי <input type="checkbox"/> אבחון פסיכולוגי מפסיכולוג התפתחותי/קליני/ שיקומי/ חינוכי ובו שימוש במבחן פסיכולוגי מותאם לגיל הילד <input type="checkbox"/> דוח המפרט את הכלי שבו בוצע האבחון (GARS,CARS,ADOS,PODIT,ADI,DSM-IV)		ספקטרום אוטיסטי
<input type="checkbox"/> מידע מרופא אנדוקרינולוג או מומחה לטיפול בסכרת המטפל במחלקה בבית החולים <input type="checkbox"/> אם הילד אושפז, יש לצרף מסמך סיכום אשפוז		סכרת נעורים
<input type="checkbox"/> אודיוגרמה – בדיקת שמיעה מעודכנת בהולכת אוויר ללא מכשירי שמיעה וטימפנוגרם אם נדרש		ליקוי שמיעה / חירשות
<input type="checkbox"/> סיכום מידע רפואי מנוירולוג או מרופא 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 מעודכנת מרופא עיניים מטפל לחדות ראייה בכל עין עם אמצעי עזר <input type="checkbox"/> בדיקת ראייה מעודכנת מרופא עיניים מטפל לשדה ראייה בכל עין עם אמצעי עזר <input type="checkbox"/> תעודת עיוור ממשרד הרווחה – השירות לעיוור		ליקוי ראייה /עיוורון
<input type="checkbox"/> דוח התפתחותי / רפואי מעודכן <input type="checkbox"/> מסמך מעודכן על הטיפולים הפרא רפואיים (קלינאי תקשורת, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וכדומה) <input type="checkbox"/> אבחון מרופא התפתחותי ופסיכולוג מהמכון להתפתחות הילד, ובו פירוט רמת העיכוב (DQ) כולל הכלי בו נעשה השימוש (ג'זל, מולן, ביילי, גרפיתס ודומיהם)		עיכוב התפתחותי
<input type="checkbox"/> דוח התפתחותי / רפואי מעודכן <input type="checkbox"/> מסמך מעודכן על טיפולים פרא רפואיים (קלינאי תקשורת, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וכדומה)		סיוע בתקשורת
<input type="checkbox"/> מסמך רפואי ממומחה לאלרגיות על ההיסטוריה הרפואית, תכנית הטיפול והצורך במזרק אפיפן. <input type="checkbox"/> תוצאות מעודכנות, המעידות על רגישות יתר ניכרת (בדיקות עזר לאבחנת רגישות יתר מסוג תבחין עורי, מבחן תגר) <input type="checkbox"/> תיעוד לתגובה אלרגית כולל מרכיב נשימתי או שוק אנפילקטי.		אלרגיות
<input type="checkbox"/> דו"ח מהמכון להתפתחות הילד עם סיווג הרמה התפקודית לפי מבחן gmfcs+macs <input type="checkbox"/> מסמך רפואי מנוירולוג.		שיתוק מוחין/ CP
<input type="checkbox"/> מסמך רפואי מעודכן על אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון ההיסטוריה הרפואית, סוג הטיפול שניתן, ותדירותו. <input type="checkbox"/> דוח על מעקב במרפאות מומחים – פירוט תכנית הטיפולים בהמשך <input type="checkbox"/> מסמך רפואי מנוירולוג (רק למי שסובל מליקוי בשתי גפיים)		<input type="checkbox"/> העדר 2 גפיים <input type="checkbox"/> ליקוי בשתי גפיים

המשך - פרטים על מצבו הרפואי של הילד

מסמכים נדרשים	תאריך	פרטי הליקוי הרפואי / המחלה
<input type="checkbox"/> מסמך רפואי מעודכן על אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון ההיסטוריה הרפואית, סוג הטיפול שניתן, ותדירותו. <input type="checkbox"/> דוח על מעקב במרפאות מומחים – פירוט תכנית הטיפולים בהמשך		<input type="checkbox"/> 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 ממרפאה ופסיכיאטר מטפל, כולל תכנית טיפול		<input type="checkbox"/> הפרעות נפשיות
<input type="checkbox"/> מסמך רפואי מעודכן על אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון סוג הטיפול שניתן, ותדירותו <input type="checkbox"/> דוח על מעקב במרפאות מומחים		<input type="checkbox"/> מחלה/תסמונת <input type="checkbox"/> תסמונת דאון <input type="checkbox"/> דחף בלתי נשלט לאכילה <input type="checkbox"/> שברים <input type="checkbox"/> פתולוגים <input type="checkbox"/> דלקות כרוניות <input type="checkbox"/> מחלה ממארת <input type="checkbox"/> אחר _____
<input type="checkbox"/> אבחון של האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית במשרד הרווחה <input type="checkbox"/> אישור של ועדת השמה על הצורך בלימודים במסגרת מיוחדת		<input type="checkbox"/> מוגבלות שכלית
<input type="checkbox"/> מסמך עדכני מנוירולוג ילדים, או פסיכיאטר ילדים, או מרופא מומחה מוסמך בטיפול בהפרעות קשב וריכוז <input type="checkbox"/> דו"ח חינוכי עדכני מהמסגרת החינוכית המיוחדת בה הילד מתחנך <input type="checkbox"/> אישור של ועדת השמה על הצורך בלימודים במסגרת מיוחדת		<input type="checkbox"/> ADHD-הפרעות קשב, ריכוז והיפראקטיביות קשה
<input type="checkbox"/> אבחון מרופא מטפל הכולל אינדיקציה להנשמה, פירוט סוג המכונה ותאריך התחלת הנשמה קבועה		<input type="checkbox"/> מונשם
		<input type="checkbox"/> תלונות רפואיות

פרטים על פגיעה כתוצאה מתאונה ותביעה נגד צד שלישי

האם נכות הילד נגרמה מתאונה? (תאונה: תאונת דרכים או אחרת הנגרמת עקב רשלנות הזולת, רשלנות רפואית, תקיפה וכד')
 לא, כן, ציין את סוג התאונה: תאונת דרכים אחרת

מקום אירוע התאונה ונסיבותיה: _____

נמסרה הודעה למשטרה?
 כן, לתחנת המשטרה ב _____ בתאריך _____ מס' התיק _____ לא

האם הוגשה / עומדים להגיש תביעה לפיצויי נזיקין? לא כן, פרט: _____
 שם משפחה ושם פרטי של הנתבע: _____ תאריך הגשת התביעה: _____
 פרטי עורך הדין המייצג את הילד בתביעה: (שם העו"ד ושם המשרד) _____

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
דואר אלקטרוני		טלפון נייד		טלפון קווי	

הסכמה לקביעה בידי רופא ללא נוכחות. נא לחתום למטה אם אתה מעוניין שהנכות הרפואית תיקבע לפי מסמכים בלבד

אני מסכים בזה שרופא יקבע את הליקויים הרפואיים של הילד לפי מסמכים בלבד, ובלי לזמן את ילדי לבדיקה רפואית. ידוע לי, שלמרות הסכמתי זו יהיה על הילד להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת. לתשומת לבכם: אם ילדכם ייבדק באמצעות מסמכים וללא נוכחותו, לא ניתן יהיה לבדוק אותו לעניין "תלות לחלוטין" (בדיקה פיזית הבוחנת את מידת התלות בעזרת הזולת, בביצוע פעולות יומיום (אכילה, ניידות בתוך הבית, הלבשה, רחצה, היגיינה אישית)). מי שנקבע לו כי הוא תלוי לחלוטין בעזרת הזולת בביצוע פעולות היומיום, זכאי לקצבה בשיעור 188%.

חתימת התובע ✕ _____

פרטי חשבון הבנק של התובע/ת

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אני השותף לחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור הילד שבגינו מוגשת התביעה. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה. 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.

_____ x חתימת מקבל הגמלה
 _____ x חתימה/חתימות השותפים לחשבון
 _____ תאריך

הצהרה

- אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה 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, דינם 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 הביטוח הלאומי מעביר מידע על מקבלי קצבת ילד נכה לגורמי ממשל, בהתאם לסמכותם בחוק ולצורך מיצוי זכויות.
- אני מסכים בזאת להעביר מידע למשרד הרווחה – השירות לעיוור – במידה וייקבע ליקוי ראייה.

_____ תאריך
 _____ x חתימת מגיש התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה

נספח – אישור על לימודים

טופס זה ימלא הגורם החינוכי ויחתום עליו בעבור ילדים מגיל 3 ומעלה שימו לב, יש למלא את הטופס לשנת הלימודים הנוכחית.

פרטי הילד

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

שם המסגרת החינוכית בתנאי פנימייה לא בתנאי פנימייה

כתובת המסגרת החינוכית _____ מס' טלפון: _____

החל את הלימודים בתאריך _____ תאריך סיום לימודים (משוער) _____

מס' ימי לימוד בשבוע _____ מס' שעות לימוד ביום _____

סידורי הסעה למסגרת החינוכית

הילד מגיע למקום הלימודים: ברגל ברכב המשפחה בתחבורה ציבורית בהסעה מאורגנת אחר _____

האם נדרש ליווי למסגרת החינוכית: לא כן, פרט את העזרה הנדרשת, סיבתה ומי מלווה _____

הערות: _____

סידורי אכילה ושתייה

האם מוגשת 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 הילד קיבל במסגרת החינוכית התקפים כלשהם? לא כן, מהי תדירות ההתקפים?

מתי היה ההתקף האחרון? _____ תיאור אופי ההתקף (כולל משך זמן ממוצע להתקף) _____

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

אופי ההתקף הנפשי חרדה אחר פרט _____
האם הילד קיבל במסגרת החינוכית התקפים כלשהם? לא כן, מהי תדירות ההתקפים?

מתי היה ההתקף האחרון? _____ תיאור אופי ההתקף (כולל משך זמן ממוצע להתקף) _____

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

התנהגות הילד

תאר את התנהגות הילד (קשב וריכוז, באיזו מידה הוא ממושמע, באיזו מידה הוא יודע לקבל גבולות, הקשר עם בני גילו, הקשר עם הסביבה) _____

הערות נוספות

תאריך _____ שם המוסד החינוכי וחותמת ✕ _____

שם ממלא הטופס ותפקידו ✕ _____

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה



כתב ויתור על סודיות רפואית

שם הגמלה: ילד נכה

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה						
30		<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום			
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, למצב הרפואי, לטיפול שניתן, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרשו או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי על אודות המבוטח.

תאריך _____ חתימת מגיש התביעה ✕ _____