



תביעה לקצבת שירותים מיוחדים

הגשת תביעה לשירותים מיוחדים

- קצבת שירותים מיוחדים ניתנת למי שזקוק לעזרה רבה בביצוע פעולות היום יום שהן: נידות בבית, אכילה, הלבשה, רחצה והיגיינה אישית וכן סיוע בניהול משק בית או זקוק להשגחה מתמדת ופעילה למניעת סיכון לעצמו או לאחרים, ובתנאי שנקבעו האחוזים הרפואיים הבאים:
 - לפחות 60% מנופה ומשוקלל לשירותים מיוחדים למי שמקבל קצבת נכות.
 - לפחות 75% מנופה ומשוקלל לשירותים מיוחדים למי שלא מקבל קצבת נכות.
 - עולה בשנה הראשונה לעלייתו.

כיצד יש להגיש את התביעה

- אל טופס התביעה יש לצרף את המסמכים והאישורים הבאים:
 - מסמכים רפואיים שברשותך, המפרטים את המחלות, הטיפולים והתרופות שאתה נוטל.
 - טופס ויתור סודיות רפואית.
- 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 בחר, 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

- המוסד לביטוח לאומי מעמיד לרשות תושבי חיפה והצפון ולרשות תושבי באר שבע והדרום, יעוץ והכוונה לוועדות הרפואיות ב"מרכז יד מכוונת".
- לביחרים התקשרו: תושבי חיפה והצפון לטל' 04-9126885, תושבי באר שבע והדרום לטל' 08-6831919
- באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי נמצא מידע מקיף על קצבת שירותים מיוחדים וכן מידע על דרכי ההתקשרות עם סניפי הביטוח הלאומי.
- ניתן גם לפנות אלינו באמצעות אתר האינטרנט במדור "פנו אלינו".
- על פי חוק, תאושר קצבה לכל היותר בעבור 6 החודשים שקדמו להגשת התביעה.
- אם אתה בעל מוגבלות ברגליים, באפשרותך להגיש בנוסף תביעה לקצבת נידות.
- מוקד תמיכה טכנית על אופן מילוי הטופס בטלפון 1800-200-560 (ימים א' – ה' בין השעות 8:00 – 22:30).

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
 מינהל הגמלאות
 שירותים מיוחדים



תביעה לקצבת שירותים מיוחדים

1

פרטי התובע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
_____	_____	_____

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

יישוב	רחוב	מספר בית	מיקוד	תיבת דואר	כניסה	דירה
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

טלפון קווי	טלפון נייד	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: _____@_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת לעיל)

יישוב	רחוב	מספר בית	מיקוד	תיבת דואר	כניסה	דירה
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

מגורים נוכחיים

אני מתגורר בביתי עם בן משפחה מתחת לגיל 18 עם בן משפחה מעל לגיל 18 לבד

אני מתגורר עכשיו או התגוררתי בחצי השנה האחרונה במסגרת מוסדית

(יש לצרף מסמך רפואי הכולל הערכה תפקודית מהמוסד בו אתה שוהה וכן דו"ח סוציאלי מהמוסד הכולל התייחסות להיערכות לשחרור)

שם המוסד	כתובת המוסד	תאריך כניסה	תאריך יציאה
_____	_____	_____	_____

2

פרטי מגיש התביעה (ימולא אם התובע אינו מסוגל להגיש את התביעה בעצמו, עקב מצבו הבריאותי)

שם פרטי	שם משפחה	יחס קרבה לתובע	מספר זהות
_____	_____	_____	_____

טלפון קווי	טלפון נייד	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: _____@_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים, נא לציין איזה ולצרף עותק.

יפיו כוח צו אפוטרופסות פסק דין

אם אין ברשותך האמור לעיל, אנא מלא – אני מבקש להתמנות כמקבל גמלה

חתימה * _____ תאריך: _____

פרטי הנכות

אני תלוי בעזרת הזולת לביצוע פעולות היום יום (ניידות בבית, אכילה, הלבשה, רחצה והיגיינה אישית)

חולה אונקולוגי

(יש לצרף מסמך החתום על ידי אונקולוג. מוצע לצרף טופס של האגודה למלחמה בסרטן)

מטופל בדיאליזה

לאחר השתלה מתורם לאחר השתלת מח עצם עצמית

תאריך השתלה _____ (יש לצרף מכתב שחרור מבית החולים)

אדם עם עיוורון

ברשותי תעודת עיוור ממשרד הרווחה – השיחת לעיוור (יש לצרף התעודה)

(במידה וברשותך תעודת עיוור יש לצרפה, אחרת, יש לצרף בדיקת חדות / שדה ראייה)

זקוק להשגחה למניעת סכנה

מונשם

אחר

המחלות והליקויים מהם אני סובל

החל מתאריך _____ חלה החמרה במצבי מתאריך _____

אושפזתי בשנה האחרונה (במידה ואושפזת, יש לצרף מכתב שחרור מבית החולים).

פרטים משלימים

1. האם מייצג אותך עו"ד או חברה למימוש זכויות? לא כן (פרט מטה)

שם עו"ד או חברה למימוש זכויות	כתובת	טלפון

2. נכתי נגרמה כתוצאה מתאונה (תאונת דרכים, רשלנות, תקיפה וכדומה) לא כן, תאריך התאונה _____

3. פניתי למשרד הביטחון בשל פגיעה במהלך שירותי הצבאי לא כן, (יש לצרף דו"ח ועדה רפואית משרד הביטחון)

4. טופלתי בשנה האחרונה על ידי הלשכה לשירותים חברתיים התחנה לבריאות הנפש

שם הישוב בו טופלתי _____

5

פרטי חשבון הבנק של התובע

לתשומת לבך, יש למלא מספר חשבון בנק של האדם עבורו מגישים את התביעה

שם מלא של בעל החשבון		מספר זהות של בעל החשבון	
שם מלא _____		מספר חשבון _____	
שם מלא _____		מס' סניף _____	
שם הבנק _____		שם הסניף / כתובתו _____	

שותפים נוספים בחשבון _____ שם מלא _____ ת.ז. _____ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.

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, 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.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל/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 _____	חתימת מקבל הגמלה _____	חתימת/חתימות השותפים לחשבון _____	קרבה לתובע _____
-------------	------------------------	-----------------------------------	------------------

6

הצהרה על הכנסות

יש לי הכנסות מעבודה אין לי הכנסות מעבודה

אני עולה חדש בשנה הראשונה לעליה וקיימת לי הכנסה אחרת / תמיכה / רנטה / תגמול / פנסיה מכל גורם שהוא

7

הצהרה

אני החתום מטה תובע גמלת שירותים מיוחדים, ומצהיר 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 בידועין 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום, ע"י פניה למוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגורי.

ידוע לי, כי בקשה זו יכולה לגרום לשינוי באחוזי הנכות, ולהשפיע על זכאותי לקצבת נכות ולקצבת שירותים מיוחדים (לרבות הפחתתם).

אני מסכים כי המוסד לביטוח לאומי ייקבע את זכאותי על סמך המידע הרפואי, מבלי לזמן אותי לוועדה רפואית, בכפוף לאישור חפא המוסד.

אני מסכים בזאת להעביר מידע למשרד החוזה – השירות לעיוור, במידה וייקבע לי 90% נכות רפואית בגין ליקוי ראייה.

כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים. או על שינוי במקום מגורי כגון כניסה למוסד, דיור מוגן וכד'.

תאריך _____ חתימת התובע _____

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
שירותים מיוחדים



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות- שר"מ

פרטים אישיים																																	
	תאריך תביעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה																														
	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">יום</td> <td style="text-align: center;">חודש</td> <td style="text-align: center;">שנה</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>											יום	חודש	שנה								<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>											33
יום	חודש	שנה																															
שם פרטי		שם משפחה																															
חבר בקופת חולים <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____																																	

הצהרה
<p>אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.</p> <p style="text-align: center;">תאריך _____ חתימת המבוטח * _____</p>