



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה

**בקשה לבדיקה מחדש
למקבל קצבת ילד נכה**

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">מס' זהות / דרכון</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">סוג המסמך</td> </tr> </table> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">דפים</div> <div style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">ספרים</div> </div>	מס' זהות / דרכון	סוג המסמך	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
מס' זהות / דרכון				
סוג המסמך				

פרטי הילד
1

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד

האם הילד שווה עכשיו או שהיה בעבר במוסד או במשפחה אומנת או בפנימייה? לא כן:

במוסד / בפנימייה כתובת: _____

במשפחה אומנת כתובת: _____

שהיה מתאריך _____ עד תאריך _____ ומתאריך _____ עד תאריך _____

עדיין שווה

פרטי מגיש התביעה
2

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"/> אפוטרופוס (יש לצרף צו אפוטרופסות) <input type="checkbox"/> אחר _____		
כתובת מגורים/מען למכתבים: <input type="checkbox"/> עם הילד <input type="checkbox"/> אחר, פרט:		
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני		

באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא את פרטי הדואר האלקטרוני. לידיעתך, המוסד יהיה פטור ממשלוח הודעות אלו גם בדואר.

טופס זה מנסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

פרטים על מצבו הבריאותי של הילד (יש לצרף מסמכים רפואיים מעודכנים)

3

הצהרה

4

אני החתום מטה מצהיר 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 הזכאות לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. ידוע לי, כי עליי להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים. במידת הצורך, אני מסכים לבדוק מחדש את הליקוי הרפואי. ידוע לי, שבדיקה זו יכולה לגרום לשינוי ולהשפיע על הזכאות לקצבת ילד נכה (לרבות הפחתתה).

חתימת מגיש התביעה ✕

תאריך

עמוד 3 מתוך 3

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נסת – ילד נכה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: שר"מ וילד נכה

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	שם משפחה
30		שנה חודש יום	שם פרטי
חבר בקופת חולים			
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____			

הצהרה

אני _____ הח"מ, מספר זהות _____

יחס קרבה לר"מ הורה אפטרופוס אחר _____

מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש 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 ✕ _____