

מדריך מידע וזכויות מילדות לבגרות
לחולי ניוון שרירים דושן ובקר
פורסם על-ידי עמותת צעדים קטנים 2018

צעדים קטנים
עמותה למען חולי
ניוון שרירים דושן ובקר



צועדים יחד לאורך כל הדרך



צועדים יחד לאורך כל הדרך

מדריך מידע וזכויות מילדות לבגרות
לחולי מחלות ניוון שרירים מסוג דושן ובקר

החוברת פונה לנשים וגברים כאחד. השימוש בלשון זכר נעשה מטעמי נוחות בלבד. המידע בחוברת הוא מידע כללי ואינו מחייב. הזכויות המחייבות נקבעות על-פי חוק, תקנות ופסיקות בתי המשפט. השימוש במידע המופיע בחוברת אינו תחליף לקבלת ייעוץ משפטי, מקצועי או אחר והסתמכות על האמור בו היא באחריות המשתמש בלבד. הנתונים המספריים מעודכנים לפי נתוני שנת 2018.

עריכה: מיכל אלישיב גודינצקי
עריכת לשון ועימוד: שרית קרקובר
עיצוב כריכה: הדר ריבק, סטודיו הדר ריבק – עיצוב גרפי ותקשורת חזותית
צילום תמונת כריכה: אדוה שלהבת ברזילי – סטודיו בוטיקה

מהדורה ראשונה
הודפס בישראל
סיוון ה'תשע"ח
יוני 2018

שלום רב,

עמותת צעדים קטנים הוקמה בשנת 2010 בידי הורים לילדים החולים במחלות ניוון שרירים מסוג דושן ובקר, מחלות גנטיות קשות הגורמות לאובדן הדרגתי של כוח השרירים – שרירי השלד ושריר הלב. כיום חיים בישראל כ-300 חולים בדושן ובבקר.

חזון העמותה: לפעול לשיפור איכות החיים ולהארכת תוחלת חייהם של חולי ניוון שרירים דושן ובקר.

אנו מאמינים כי שיפור איכות החיים, רווחתם של ציבור החולים ומשפחותיהם והענקת תמיכה חברתית, רפואית ונפשית הם חיוניים כדי להעניק את הכוחות הנחוצים להתמודדות עם המחלה, לצד שיפור איכות הטיפול הניתן להם.

עמותת צעדים קטנים פועלת בארבעה מישורים:

- **שיפור איכות הטיפול** בחולים באמצעות שיתופי פעולה עם המרפאות והצוותים המטפלים.
- **עידוד וקידום מחקרים** למציאת תרופה למחלה באמצעות מערך המידע והמחקר של העמותה וקשר עם חוקרים ועם חברות מהארץ ומחול.
- **הפעלת מערך תמיכה למשפחות** המעניק תמיכה וסיוע כבר משלב האבחון ולאורך חיי הבגרות. מערך התמיכה נותן מענה לצורכי המשפחה כולה. המערך פועל לסייע לחולים ולבני משפחותיהם בכל תחומי מעגלי החיים: יצירת מסגרת שהינה כתובת אחת תומכת ומכילה, הפעלת תוכניות לתמיכה רגשית קבוצתית ופרטנית, הנגשת מידע לחולים ולמשפחותיהם, הכשרה מקצועית טכנולוגית לבני נוער ולבוגרים ותוכנית ייחודית להכשרת כלבי שירות.
- **העלאת המודעות למחלה** בקרב הציבור הרחב ובקרב קהילת המטפלים תוך שיתופי פעולה עם ארגונים מקבילים מהארץ ומחול, פרסום מידע עדכני בנושא המחלה, דרכי הטיפול וההתמודדות.

מערך התמיכה במשפחה:

משפחה הנמצאת בשלבים הראשונים שלאחר קבלת האבחון לפיו בנם היקר חולה במחלת דושן-בקר עלולה להימצא בסערת רגשות. ברוב המקרים, המשפחה חווה תחושות מתח כתוצאה מחוסר הוודאות ומהחששות לקראת העתיד. כפי שתוכלו לקרוא באתר עמותת צעדים קטנים, כיום ישנם מחקרים רבים שמטרתם למצוא טיפול למחלה במקביל לטיפולים מניעתיים ומשמרים. טיפולים אלה חשוב לבצע כחלק מהשגרה היום-יומית בטיפול במחלה.

לאורך השנים המשפחה מתמודדת עם הצרכים המשתנים של בנם ועם העומס הטיפולי והרגשי. נושא מיצוי זכויות הינו מורכב ומסועף והוא משתנה על פי הגיל והצרכים השונים של החולה. כדי להקל על התמודדות המשפחה עם נושא זה, איגדנו וערכנו את נושא הזכויות הרלוונטיות בכל שלב של המחלה, בטווחי הגילאים השונים ובהיבטים השונים של החיים. הנגשת הידע תאפשר למשפחה לנווט את משאביה למקומות מעצימים ומקדמים.

אנו תקווה כי מדריך זה יקל במידה רבה על המשפחות וישפר משמעותית את איכות החיים של החולה ושל משפחתו.

אנו עומדים לשירותכם תמיד בכל עניין, שאלה או הבהרה.

מיכל אלישיב גודינצקי, עו"ס מנהלת מרכז התמיכה למשפחה

וצוות עמותת צעדים קטנים

תוכן העניינים

1. מערך התמיכה למשפחה.....	6
1.1. סיוע במיצוי זכויות.....	6
1.2. קבוצות תמיכה והעצמה	6
1.3. תוכנית ליווי משפחות בשנה הראשונה לאבחון.....	7
1.4. כלבנות טיפולית	7
1.5. ייעוץ משפטי.....	7
1.6. כלבי שירות	8
1.7. תמיכה רגשית לבוגרים.....	8
1.8. מיזם הכשרה מקצועית לבני נוער ולבוגרים.....	8
2. ביטוח לאומי	9
2.1. גמלת ילד נכה	9
2.2. גמלת שירותים מיוחדים.....	10
2.3. גמלת נידות.....	11
2.4. סיוע ברכישת רכב מותאם.....	12
2.5. זכויות למשפחה בה יש יותר מנכה אחד	13
2.6. ועדה לגודל רכב	13
2.7. מימון מכשירי נידות.....	15
3. זכויות והטבות כספיות במשרדי ממשלה.....	17
3.1. נקודות זיכוי והחזרי מס הכנסה.....	17
3.2. פטור ממס על קרנות או קופת גמל.....	18
3.3. הנחות בתשלומי ארנונה ומים.....	18
3.4. הנחה בתעריפי חשמל.....	18
3.5. הנחה בתשלומי טלפון	18
3.6. הנחה על תו חניה ואגרת רישיון לרכב נכה.....	18
3.7. סימון חניית נכים	19
3.8. חיסכון לכל ילד – פתיחת החיסכון בשל מצב רפואי	20
3.9. פטור מתשלום למלווה.....	20
3.10.....	
פיצויי פיטורים לעובד שהתפטר עקב בריאות לקויה שלו או של בן משפחתו.....	21
4. קבלת היתר העסקה לעובד זר.....	22
4.1. הוצאות בגין העסקת עובד זר.....	23
4.2. תוספות לשכר עובד זר	24
5. בריאות.....	25
5.1. סל שירותים בהתפתחות הילד	25
5.2. נציגי פניות הציבור במערכת הבריאות	25
5.3. ימי מחלה	26

27.....	5.4. הנחות ופטורים מהשתתפות עצמית ברכישת תרופות.....
27.....	5.5. פטור מתשלום אגרות לשירותים רפואיים
28.....	5.6. סיוע במימון מזון תרופתי ייעודי לחולים הזקוקים לתזונה מיוחדת.....
28.....	5.7. ביטוח סיעודי
29.....	5.8. תוספת קצבה למונשמים
30.....	5.9. סדים
.....	5.10.....
30.....	טיפול שניניים.....
34.....	6.חינוך
34.....	6.1. חינוך לגילאי 3-21
35.....	6.2. השמה במסגרות החינוך המיוחד
37.....	6.3. מעבר מהחינוך המיוחד לחינוך הרגיל.....
37.....	6.4. זכאות להסעות
38.....	6.5. חינוך בזמן מחלה
40.....	7.לקראת הבגרות וחיים עצמאיים.....
40.....	7.1. דיור
40.....	7.2. סיוע בתשלום שכר דירה
.....	7.3. דיור ציבורי לרתוקים לכיסא גלגלים
40	
41.....	7.4. דירות נכסי רכישה (נ"ר) לנכים.....
43.....	7.5. סיוע בהלוואות לנכים
43.....	7.6. סיוע בהתאמת תנאי דיור למוגבלים בניידות.....
45.....	7.7. פטור מתשלום דמי הסכמה לרשות קרקעי ישראל
46.....	7.8. הנחה במס רכישה לנכים.....
47	8.הכנה לצבא
47	8.1. התנדבות לצה"ל.....
47	8.2. תוכניות לשילוב צעירים עם מוגבלות בצבא.....
49.....	9.לימודים ולאו הכשרה מקצועית דרך הביטוח הלאומי.....
51.....	9.1. תוכניות העוסקות בשילוב תעסוקתי והכנה לחיים עצמאיים.....
53.....	10.אפטרופסות.....
55.....	עמותות לסיוע בתחומים שונים.....
61.....	נספחים

1. מערך התמיכה למשפחה

עמותת צעדים קטנים שמה לה למטרה לפעול לשיפור איכות חיי החולים בדושן ובבקר וחיי בני משפחותיהם.

מערך התמיכה בעמותת צעדים קטנים הוקם לאחר זיהוי הצורך בקרב משפחות רבות במסגרת אשר תספק מידע זמין, ייעוץ, הדרכה, הכוונה ותמיכה ייעודית למשפחות לילדים ובוגרים חולי דושן ובקר.

מערך התמיכה הינו מסגרת ייחודית המאגדת בתוכה משאב אדיר, והוא המשפחות עצמן. המכנה המשותף הוא מקור ללמידה ולפיתוח תחושת שייכות, כמו גם מקור להתמודדות בריאה יותר עם החיים לצד מחלת דושן ובקר.

מערך התמיכה עוסק בפעילות תומכת במשפחה בהיבטים השונים: יצירת מערך תמיכה רגשית לחולה ולבני משפחתו, מתן מענה רוחני למשפחות, הרחבת הידע בנושא זכויות ויצירת שינויים מערכתיים בהתאם לצרכים העולים מן המשפחות.

העמותה פועלת ליצירת שיתופי פעולה עם עמותות אשר עוסקות בתחומי הפנאי והחברה, הכשרה תעסוקתית, סיוע בציוד רפואי וטיפולים רפואיים, טיפול פסיכו-סוציאלי ונפשי וכן התנדבות בתחומים שונים ועמותות המסייעות בהנגשת מידע וזכויות.

העמותה תמשיך ותפעל בכל ערוץ אשר יקדם וישפר את איכות חיי החולים ובני משפחותיהם. ניתן לפנות לעובדת הסוציאלית של העמותה בכל עניין למתן מענה או הכוונה בנושאים השונים.

פירוט תחומי הפעילות של המערך:

1.1 סיוע במיצוי זכויות

מערך התמיכה הוא מסגרת העוסקת בלמידה מתמדת ובהכוונה בכל המידע בנושא זכויות, שירותים בקהילה, הכשרה מקצועית, דיור ותעסוקה, פעילויות פנאי ותמיכה פסיכו-סוציאלית.

המערך מסייע בתיווך ובמיצוי הזכויות למשפחות העמותה וכן מקיים במהלך השנה ימי עיון, העוסקים במיצוי זכויות והנגשת שירותים לרווחת החולה ובני משפחתו.

1.2 קבוצות תמיכה והעצמה

אנו יוזמים מגוון רחב של כלים להתמודדות, להעצמה ולמתן תמיכה רגשית, בפריסה ארצית.

הורים – קבוצות תמיכה המאפשרות מפגש יחיד מסוגו, שבו כל המשתתפים חולקים מכנה משותף של התמודדות עם הורות לילד החולה בדושן או בבקר. ההורים מרגישים שזה המקום היחיד שבו יבינו את תחושותיהם. קבוצות אלה עוסקות בהעצמת ההורים ובמתן כלים להתמודדות עם מורכבות המחלה והשלכותיה על התא המשפחתי. הקבוצות מתקיימות ברחבי הארץ.

אחים – אחים לילדים חולי דושן ובקר עשויים לקחת על עצמם "תפקידים" במערך המשפחתי, במסגרת התמודדותם עם המחלה של אחיהם. תפקידים אלה משפיעים על אורח חייהם ומעצבים אותם. מסגרת התאווירות זו מספקת עבור הילדים תמיכה ומעניקה להם תחושת שייכות. זהו מקום ניטרלי שבו מותר להביע רגשות ולפרוק תחושות, אשר בעיני הסביבה עלולות להישמע כאגוצנטריות.

סבים וסבתות – קבוצה זו הוקמה בשל צורך שעלה מסבים ומסבתות לילדים חולי דושן ובקר ברחבי הארץ, המעוניינים לחלוק את תחושותיהם ולקבל כלים להתמודדות הרגשית עם המחלה והשלכותיה.

מפגשי בוגרים – המפגשים מספקים מסגרת פנאי חברתית שאלה מגיעים הבוגרים. מסגרת

זו מספקת מענה תמיכתי, מסייעת בהפגת תחושת הבדידות ומפתחת תחושת שייכות לקבוצה חברתית. כמו כן, מסגרת זו מאפשרת למידה והתפתחות מתוך ניסיונם של בוגרים אחרים ורכישת כלים לחשיבה חיובית ותפיסת המציאות במושגים של יכולת ומסוגלות למרות המגבלה הפיזית.

שיחות אישיות ותמיכה אישית – שיחות פרונטאליות או טלפוניות עם העובדת הסוציאלית של העמותה מתקיימות באופן שוטף בהתאם לצרכים האישיים והמשפחתיים.

ימי גיבוש – במסגרת מערך התמיכה אנו מקיימים פעילויות רווחה למשפחות לצורך התאוררות ועיסוק בהווי חברתי שאינו נוגע בהכרח במחלה. המטרה היא היכרות בין משפחות ויצירת קשר תמיכתי בלתי פורמלי.

1.3 תוכנית ליווי משפחות בשנה הראשונה לאבחון

התקופה שסביב אבחון המחלה היא תקופה מטלטלת וקשה. בני המשפחה עלולים לחוות תחושות שונות ומגוונות וביניהן בלבול, חוסר ודאות וחוסר תקווה. חשוב להבין שאין תחושה נכונה או לא נכונה ויש לאפשר ביטוי לכל התחושות שעולות.

כבר מהרגע הראשון עמותת צעדים קטנים עומדת לצדכם. אתם לא לבד. יש את מי לשאול ועם מי להתייעץ. עמותת "צעדים קטנים" שמה לנגד עיניה לפעול לשיפור איכות חיי החולה ובני משפחתו.

עובדת סוציאלית של העמותה תגיע לביתכם כדי להכיר את בני המשפחה ולהבין את צורכי ההורים, הילד החולה, אחיו ואחיותיו. במסגרת שיחת הכרות נסייע לכם להבין את זכויותיכם בשלב הנתון ונספק מענה תמיכתי לקשיים הרגשיים בהתמודדות בתקופה זו.

העובדת הסוציאלית תשמור על קשר עמכם בהתאם לצרכים. תקבלו סיוע בהכוונה לשירותים הקיימים בקהילה, בתיווך מול משרדי הממשלה ובבעיות מוגדרות שאיתן המשפחה מתמודדת. אנו מאפשרים למשפחות בשנה הראשונה לאבחון תמיכה רגשית פרטנית בסיוע מימוני מאת העמותה. הפגישות יכולות להתקיים בבית המשפחה או בקליניקה על פי צורכי המשפחה.

1.4 כלבנות טיפולית

כל ילד, מתבגר ובוגר חווה התמודדויות שונות לאורך חייו. בשל מורכבות המחלה, חולי דושן ובקר נאלצים להתמודד עם מצבים מורכבים פיזית ורגשית, נוסף להתמודדות עם המצבים הרגילים.

במסגרת שיתוף פעולה עם המרכז לאילוף כלבים "דוגסכול" – Dog School, עמותת "צעדים קטנים" מפעילה תוכנית טיפול רגשי באמצעות כלבנות טיפולית.

התוכנית אמורה לתת מענה לקשיים רגשיים וחברתיים שעומדים על פניו של חולי דושן ובקר. במסגרת התוכנית המטפל מגיע בליווי כלב מאולף ועובד עם הילד על סוגיות שונות, ביניהן: תקשורת מילולית או בלתי מילולית וביטוייהן, מופנמות או אגרסיביות יתר, התמודדות עם תסכולים באופן חיובי, פיתוח אמפתיה ורגישות לאחר, חיזוק תחושת מסוגלות עצמית ועמידה באתגרים. התוכנית מתאימה גם לילדים אשר מעוניינים בכלב שירות ולא נרשמו לתוכנית בשל פחד מכלבים.

1.5 ייעוץ משפטי

במסגרת שיתופי פעולה עם ארגונים מקבילים העמותה מאפשרת ייעוץ משפטי ללא עלות למשפחות בתחומי מיצוי זכויות, ייצוג בוועדות ממשלתיות, ערעורים ומילוי טפסים של הרשויות השונות.

1.6 כלבי שירות

רעיון פיתוח תחום כלבי השירות נולד בהשראת הורים לילדים החולים בניוון שרירים דושן ובקר, אשר חיפשו ברחבי העולם פתרונות יצירתיים למחלתם חשוכת המרפא של ילדיהם. הכלבים משלבים מענה רגשי ופונקציונאלי באמצעות חבר אמת ואהבה ללא תנאי, ומחברים בין הצורך של אנשים עם מוגבלות פיזית לעצמאות, לכלבים המעניקים את המענה שאותו הם מחפשים.

כלבי השירות מסוגלים לסייע לבעליהם לבצע עד כמאה משימות וכך מאפשרים להם להיות עצמאיים יותר ותלויים פחות בסביבה. הכלב מאומן לסייע במגוון רחב של משימות שאדם רגיל מסוגל לבצע בלי לחשוב, כגון סיוע בהבאת חפצים, פתיחה וסגירה של דלתות, כיבוי והדלקת אור, הסרת פריטי לבוש, כיסוי הילד במיטה, סיוע במעבר מישיבה לעמידה ועוד עשרות פעולות יום-יומיות.

בהיבט הרגשי והנפשי, הכלב הוא חבר אמיתי ללא תנאי. הוא מסייע בחיזוק הביטחון העצמי, ביצירת קשרים חברתיים ובהפגת תחושת הבדידות. הכלב מייצר תחושת מסוגלות גבוהה ויכולת להתמודד עם מצבי מצוקה וחרדה. במיוחד בקרב ילדים שלאור מוגבלותם הפיזית חווים לעיתים בידוד רגשי וניכור מהסביבה, הכלב מהווה מעין מתווך המגן על הילד ועוזר לו לפתח קשרים חברתיים.

תהליך הכשרת כלב שירות אורך כשנה. מדובר באילוף ייעודי של גורים שנבחרים בקפידה וכולל תהליך לימוד של הכלב לעשרות פעולות יום-יומיות ושגרתיות, תוך ראייה של מפת הצרכים הנוכחיים והעתידיים לבוא של החולה. בנוסף, הכלב מאומן לזהות מצבי מצוקה ולפעול בהתאם.

את התהליך שפותח בארץ מנהל דודיק מזור, ממפתחי תחום הכלבנות הטיפולית. לדודיק ניסיון של כעשרים שנה בתחום האילוף, בפתרון בעיות התנהגות של כלבים ובאילוף כלבים לאנשים עם צרכים מיוחדים. כל המדריכים הינם בעלי הסמכה כפולה, הן של כלבנות טיפולית והן של מאלפי כלבים, עם התמחות בכלבי שירות.

עמותת צעדים קטנים מגייסת כספים המאפשרים את האילוף וההכשרה של הכלבים הללו ופועלת להסדרת התחום בארץ.

1.7 תמיכה רגשית לבוגרים

במטרה לשפר את איכות החיים ולהנגיש שירותים, העמותה מאפשרת לבוגרים מענה של תמיכה רגשית בביתם. שירות זה לא קיים במסגרת הקופות ומאד יקר במגזר הפרטי.

1.8 מיזם הכשרה מקצועית לבני נוער ולבוגרים

כשאר בני גילם, לרוב בני נוער חולי דושן ובקר הם בעלי יכולת טכנולוגית גבוהה. המחלה הפרוגרסיבית מכוונת אותם להתמקצע בתחום שבו המגבלה הפיזית לא תחשב לחיסרון. בעולם הטכנולוגי של היום, המגבלה הפיזית כבר אינה נקודת חולשה. הכול כבר אפשרי.

בעקבות הצרכים שהעלו החולים הבוגרים הקמנו בעמותה את מיזם צעדים קטנים LINE ON, המאפשר הכשרה מקצועית לבוגרים ושילובם בעולם התעסוקה כבוני אתרי אינטרנט וכפעילים בתחום הדיגיטלי. ההכשרה מעניקה לחולים הבוגרים ערכים משמעותיים של שילוב חברתי, יכולת לקיים חיים עצמאיים, הערכה עצמית, מתן משמעות לחייהם, שיפור באיכות החיים ואף הארכת תוחלת חייהם.

לקבלת פרטים על כל אחת מהתוכניות הנ"ל ניתן לפנות למיכל אלישיב גודינצקי, עו"ס,

מנהלת מערך התמיכה למשפחה בעמותה

מס' טלפון 050-5535504

כתובת מייל michal@littlesteps.org.il

2. ביטוח לאומי

2.1 גמלת ילד נכה

מי זכאי?

גמלה בסך 50% נכות

לגמלה זו זכאי ילד עד גיל 18 שאובחן בידי רופא נוירולוג כחולה דושן או בקר וברשותו אבחון גנטי המעיד על כך ונמצא במעקב במרפאה הרב צוותית באחד מבתי החולים. לפנייה למרפאה יש לדאוג לטופס התחייבות מקופת החולים ולקביעת תור.

תהליך מימוש הזכות:

יש למלא את הטופס "גמלת ילד נכה" ולצרף את האבחון והמלצה מהנוירולוג להשגחה – מצ"ב נספח 1 – גמלת ילד נכה.

ניתן לקבל גמלה רטרואקטיבית עד שנה, בתנאי שגם בזמן זה התקיימו שני התנאים הללו (אבחון והמלצה על השגחה).

גמלה בסך 100% נכות

לגמלה זו זכאי ילד עד גיל 18 העונה לקריטריונים בסעיף הקודם ובנוסף נוטל סטרואידים או טיפול תרופתי ללב בהמלצת הרופא.

תהליך מימוש הזכות:

לצורך ההגשה יש לוודא שבמכתב השחרור מהמרפאה מופיעה המלצה למתן סטרואידים או טיפול קרדילוגי, נוסף למידע על האבחון וההמלצה על השגחה.

לתשומת ליבכם, ניתן לחתום בסעיף מס' 6 של טופס גמלת ילד נכה (נספח מס' 1), כך שהוועדה תתקיים ללא נוכחות הילד ועל סמך המסמכים הרפואיים בלבד. אם בכל זאת זומנתם לוועדה, ניתן ליצור קשר עם מיכל, העו"ס של העמותה, להמשך טיפולה מולם.

תלות בעזרת הזולת – קצבה בשיעור 188%

בשלב מתקדמים, כפי שנעשה עד כה, תיקבע **זכאות בשיעור המרבי**, בשל התלות המוחלטת בעזרת הזולת בביצוע פעולות היום-יום.

אוכלוסיית יעד ותנאים מקדימים:

ילדים מגיל 3 ומעלה התלויים באדם אחר בביצוע פעולות היום-יום:

- ילדים שהוריהם הגישו תביעה לגמלת ילד נכה.
- ילדים שכבר מקבלים גמלת ילד נכה, אולם ללא תוספת על היותם תלויים בזולת.

מימוש הזכות: הגשת טופס בקשה לבדיקה מחדש למקבל קצבת ילד נכה. ראה נספח 2.1.

יש לצרף לבקשה מסמכים רפואיים המעידים על יכולת התפקוד של הילד.

במקרה שהילד אינו יכול להגיע לוועדה עקב נכותו, יש לציין זאת על גבי טופס התביעה לגמלה או טופס הבקשה לבדיקה מחדש. בהתאם למצבו של הילד תיבדק האפשרות לבדוק את הילד בביתו.

כמו כן, במקרים מסוימים ניתן לקבוע נקודות תלות לילד גם בלי שתידרש נוכחותו בוועדה הרפואית.

בדיקת תלות היא בדיקה פיזית הנערכת במסגרת ועדה רפואית לילד נכה מעל גיל 3 ובודקת את התלות של הילד בזולת בביצוע פעולות היום-יום (הליכה בבית, אכילה, התלבשות, רחצה והיגיינה אישית). לכל פעולה שבה יש לילד תלות ניתן ניקוד, ובהתאם לניקוד שנצבר מחושבים שיעורי הזכאות לגמלה. ילד שצבר בבדיקת התלות בין 5 ל-9 נקודות זכאי לגמלה בשיעור 50%. ילד שצבר 10 נקודות ומעלה נחשב כתלוי לחלוטין בעזרת אדם אחר וזכאי לגמלה בשיעור 188%. לטבלאות הניקוד הנקבע בהתאם לפעולות הנבדקות בוועדה, ראו באתר המוסד לביטוח לאומי.

2.2 גמלת שירותים מיוחדים

קצבה לשירותים מיוחדים משולמת למבוטחים בביטוח הלאומי מגיל 18 ו-3 חודשים, הזקוקים לעזרה רבה מאדם אחר בפעולות היום-יום (לבישה, אכילה, רחצה, נידות בבית ושליטה על הפרשות), וכן מי שזקוק לעזרה בניהול משק הבית.

לקצבה זו זכאי מי שעומד באחד מהתנאים הבאים:

- מי שמקבל קצבת נכות כללית ונקבעה לו בידי המוסד לביטוח לאומי נכות רפואית בשיעור של 60% לפחות (לענין שירותים מיוחדים).
- מי שאינו מקבל הטבות במסגרת גמלת נידות, אלא אם כן ועדה רפואית של משרד הבריאות קבעה לו מוגבלות בניידות בשיעור של 100%, או שהוא זקוק לכיסא גלגלים ומשתמש בו, או שהוא מרותק למיטה. כמו כן, אם הוא בעל רכב, הוא זכאי לקצבה רק אם היא תיקבע בשיעור של 100% לפחות.

שיעורי הקצבה נכון לשנת 2018

מי שזקוק לעזרה רבה בעשיית רוב פעולות היום-יום ברוב שעות היממה, או מי שזקוק להשגחה מתמדת, זכאי לקצבה בשיעור של 50%, בסך 1,405 ש"ח.

מי שזקוק לעזרה רבה בעשיית כל פעולות היום-יום ברוב שעות היממה זכאי לקצבה בשיעור של 112%, בסך 3,086 ש"ח. החל מהקצבה שתשולם במרץ 2018, תינתן תוספת בסך 200 ש"ח למקבלי קצבה בשיעור של 112%.

מי שתלוי לחלוטין באדם אחר בעשיית כל פעולות היום-יום בכל שעות היממה זכאי לקצבה בשיעור של 188%, בסך 5,061 ש"ח. החל מהקצבה שתשולם במרץ 2018, תינתן תוספת בסך 200 ש"ח למקבלי קצבה בשיעור של 188%.

מקבל קצבה בשיעור 188% הזקוק למכונת הנשמה בכל שעות היממה זכאי לתוספת לקצבה.

תהליך מימוש הזכות:

יש להגיש את הבקשה בצירוף המסמכים הרפואיים. לאחר הגשת הבקשה יישלח אליכם זימון לוועדה רפואית. לאחר החלטת הוועדה הרפואית וקביעת זכאות בידי פקיד התביעות, תישלח אליכם תשובת הוועדה. אם אינכם מרוצים מהחלטת הוועדה ניתן לערער עליה תוך 90 יום.

נספח 2 : שירותים מיוחדים

2.3 גמלת ניידות

גמלה המיועדת עבור חולה או הורה מטפל, במטרה להקל ולסייע בתחבורה. מרבית ההטבות ניתנות לבעלי רכב, אולם ניתנות הטבות גם למי שאינם בעלי רכב.

מי רשאי להגיש?

1. עבור ילד תושב ישראל מגיל 3 שנים ומעלה, אשר ועדה רפואית של משרד הבריאות קבעה לו אחוזי מוגבלות בניידות.

2. שני אחים או יותר, שלכל אחד מהם נקבעו לפחות 80% מוגבלות בניידות והם מתגוררים באותה הדירה, יהיו זכאים גם אם טרם מלאו להם 3 שנים.

חשוב!!! המקבל קצבת ילד נכה מהביטוח הלאומי ומתקיימים בו תנאי הזכאות לקבלת הטבות גם בניידות יצטרך לבחור בין אחת משתי ההטבות אם אחוז גמלת הניידות נמוך מ-80%.

ניתן לקבל את שתי הגמלאות במקרים הבאים: אם לילד נקבעו 80% מוגבלות בניידות לפחות או אם ועדה רפואית של לשכת הבריאות קבעה כי הוא זקוק לכיסא גלגלים והוא משתמש בו.

הזכאות:

לזכאות בתחום הניידות שני חלקים: קצבת ניידות וסיוע ברכישת רכב מותאם.

קצבת ניידות היא תשלום חודשי שניתן מטעם המוסד לביטוח לאומי בגין קשיי ניידות. גובה הקצבה משתנה בהתאם למאפיינים האישיים וקיימת אבחנה בין מי שהוא בעל רכב ובין מי שהוא חסר רכב.

1. קצבה לבעל רכב – אם החולה נוהג בעצמו, הקצבה משולמת כאשר נקבעים 40% ניידות ומעלה. אם מישהו אחר נוהג עבורו, הקצבה משולמת כאשר נקבעים 60% ניידות ומעלה. סכום הקצבה נקבע בהתאם לאחוזי הניידות שנקבעו, מיהו הנוהג ברכב, גודל הרכב וכן אם החולה עובד.

2. קצבה לחסר רכב – תינתן לחולה או מלווה שאין ברשותם רכב ועונים על הקריטריונים המופיעים באתר הביטוח הלאומי.

תהליך מימוש הזכות:

- תחילה יש לפנות לוועדה רפואית במשרד הבריאות ולהגיש טופס פנייה לוועדה רפואית לפי מחוז המגורים ולאחר שהוועדה הרפואית קבעה אחוזי מוגבלות בניידות. ניתן להגיש ערעור על החלטת הוועדה הרפואית תוך 60 יום ממועד קבלת חוות דעת הוועדה.
- בשלב הבא, לאחר קביעת אחוזי מוגבלות בניידות בוועדה הרפואית, ניתן להגיש תביעה להטבות בניידות מהביטוח הלאומי וזאת תוך 60 יום מקבלת המלצות הוועדה של משרד הבריאות. את התביעה מגישים באמצעות טופס בקשה להטבות על פי הסכם ניידות בסניף ביטוח לאומי במקום המגורים **ראה נספח 4 בחוברת.**

בהגשת התביעה למוסד לביטוח לאומי יש לצרף את המסמכים הבאים:

- צילום רישיון נהיגה בר תוקף עם פירוט כל ההגבלות בנהיגה.
- צילום פוליסת ביטוח מקיף בתוקף.
- אם מגיש הבקשה משתכר, יש לצרף גם תלושי שכר לתקופה של 3 החודשים האחרונים שבסמוך למועד הגשת התביעה.

- חייל בשירות חובה ימציא אישור מהצבא על שירותו ועל מועד השחרור המשוער.
 - חתימה על כתב התחייבות למוגבל בניידות.
- הקצבה תשולם רטרואקטיבית עבור החודשיים שקדמו לחודש שבו הוגשה התביעה למוסד לביטוח לאומי.
- כדי לוודא שקבלת ההטבות בניידות לא תמנע את קבלת ההטבות גם בילד נכה, יש לפנות למחלקת ילד נכה בסניף המטפל.

2.4 סיוע ברכישת רכב מותאם

הסיוע המדובר, כולל אביזרי עזר במידת הצורך, נחלק לשני סוגי הלוואות:

1. הלוואה מקרן הלוואות לקניית רכב פרטי.
 2. הלוואה עומדת לרכישת רכב חדש ניתנת עבור ילד עם מוגבלות בניידות למימון חלקי של המיסים החלים על הרכב. שיעור ההלוואה העומדת יהיה בגובה 75% משיעור הליקוי שנקבע בוועדה הרפואית. החזר ההלוואה העומדת הולך ופוחת עם השנים. בדרך כלל, בעת החלפה לאחר ארבע שנות שימוש ברכב, ההחזר מתאפס.
- שימו לב – אם צורכי הילד עם המוגבלות בניידות מחייבים רכב גדול יותר, אליו ייכנס בישיבה על כיסא גלגלים, יופנה הילד לבדיקת גודל הרכב במכון הרפואי לבטיחות בדרכים. לשם כך, על המשפחה לפנות במכתב למחלקת ניידות בסניף המטפל.

גובה ההלוואה תלוי במשתנים הבאים:

- אחוזי הניידות שנקבעו.
 - מי נוהג ברכב – האם החולה או אדם אחר הנוהג עבורו.
- מוגבל בניידות הזקוק לכיסא גלגלים עשוי לקבל הלוואה בקניית רכב שניתן להיכנס ולשבת או לנהוג בו בכיסא גלגלים. ההלוואה הופכת למענק בתום חמש שנים. הלוואה זו ניתנת נוסף על ההלוואה העומדת למימון מיסים לרכישת רכב חדש.
- שיעור ההלוואה לרכב ראשון – 80% מערך הרכב הנרכש או הרכב הקובע (סוג הרכב שאושר לרכישה) ללא מיסים, לפי הזול שבהם.
- שיעור ההלוואה להחלפת רכב – מלוא ההפרש שבין הרכב הנמכר לבין הרכב הקובע ללא מיסים, ולא יותר מ-80% מערך הרכב החדש. אם המוגבל בניידות חייב בהחזר הלוואה עומדת, יוחזר לו הסכום שהחזיר. ההלוואה ניתנת בכל החלפת רכב והופכת למענק בתום חמש שנים מיום הינתנה.

תהליך מימוש הזכות

תחילה מגישים תביעה לגמלת ניידות.

באמצעות מחלקת הניידות של המוסד לביטוח לאומי פונים אל המכון הרפואי לבטיחות בדרכים לאישור הרכב המתאים.

לאחר קבלת אישור המכון יש לחתום על כתב התחייבות ובו מתחייבים:

- לרכוש רכב שניתן להיכנס לתוכו בישיבה בכיסא גלגלים או לנהוג בו בישיבה בכיסא גלגלים.
- להתקין ברכב את כל האביזרים שעליהם המליץ המכון הרפואי לבטיחות בדרכים ולהמציא אישור שניתן לבצע זאת ברכב שיירכש לפני הזמנת הרכב.

הזכאי להלוואה יידרש לשעבד את הרכב לטובת המוסד לביטוח לאומי.
את שיעבוד הרכב והתשלום עבור אגרות השעבוד מבצע המוסד לביטוח לאומי.
אם נעשה שימוש בכיסא גלגלים, יש להמציא אישור על רכישת כיסא הגלגלים או השכרתו וכן מסמך מרופא או מפיזיותרפיסט, הקובע שיש צורך בכיסא גלגלים ונעשה בו שימוש.
על בעל רישיון נהיגה בר תוקף לצרף לבקשה זו צילום של רישיון הנהיגה.

2.5 זכויות למשפחה בה יש יותר מנכה אחד

משפחה שלה יותר מילד אחד נכה והילדים מוגבלים בניידות, תוכל לקבל קצבת נכות וניידות בעת ובעונה אחת.
משפחה שלה יותר מילד אחד עם צרכים מיוחדים זכאית לתשלום נוסף בסך 50% מגמלת הילד הנכה המגיעה לה עבור כל ילד המתגורר בבית הוריו.
במשפחה ניתן לקבל רק הלוואה אחת עומדת. אחוזי הנכות של הילדים מתווספים והמשפחה יכולה להיות זכאית ל-100% הלוואה.
ניתן לאחר שיקול דעת שני רכבים אם כל הורה יהיה אחראי לילד אחד.

2.6 ועדה לגודל רכב

אנשים עם מוגבלות אשר זקוקים לרכב מותאם או לאביזרי נהיגה מותאמים מופנים למכון הרפואי לבטיחות בדרכים (מרב"ד). הוועדה להתאמת רכב היא הגוף האחראי במכון לטיפול בנושא.
תפקיד הוועדה הוא להתאים כלי רכב לאנשים עם מוגבלות על-פי ההנחיה של הביטוח הלאומי, לפיה ייקבע לאדם עם מוגבלות כלי הרכב המתאים ביותר והזול מבין המתאימים, לרבות אביזרי נהיגה מתאימים במידת הצורך.

הרכב הוועדה: הוועדות להתאמת רכב הן ועדות רפואיות המורכבות מרופאים מומחים, מיועצים טכניים וממזכירות ועדה.

תהליך הפנייה לוועדה על-ידי המוסד לביטוח לאומי: יש לפנות לוועדה להתאמת רכב אך ורק באמצעות מחלקת ניידות במוסד לביטוח לאומי בלבד ולא דרך כל גורם אחר. המוסד לביטוח לאומי מעביר את הפניה למרב"ד.

זימון לוועדה להתאמת רכב נעשה בידי מחלקת התאמת רכב במרב"ד באמצעות הדואר או במקרים חריגים באמצעות הטלפון. במכתב הזימון יפורטו המסמכים שעליכם להביא עמכם.
לפני הגיעכם לוועדה להתאמת רכב עליכם לבדוק את הרכב המיוצג שנקבע לכם במחלקת ניידות במוסד לביטוח לאומי.

הגעה לבדיקה – יש להקפיד להגיע כחצי שעה לפני הזמן שנקבע. לתשומת ליבכם, הכניסה לוועדה אינה תמיד לפי סדר ההגעה – יש מקרים בהם הוועדה רשאית להכניס מוזמן אחר לפניכם מסיבות רפואיות או מסיבות שאינן תמיד גלויות לעין.

זמני הוועדה אינם אחידים והם תלויים במידה רבה במורכבות הבדיקה הנדרשת. כדי להקל על מהלך הבדיקה עליכם להכין מראש את כל המסמכים שיש ברשותכם כפי שנתבקשתם.

מלווה – הנכם רשאים לבוא לוועדה עם מלווה כגון: קרוב משפחה, עורך דין, מתרגם וכד'.
מסירת מסמכים אישיים (פירוט המסמכים בהמשך) – מסירת המסמכים לוועדה תיעשה ביום ההגעה לזימון.

בדיקת התיק על ידי הוועדה – לפני כניסתכם לוועדה, צוות הוועדה עובר על המסמכים ותיקכם האישי.
מהלך הבדיקה – בהיכנסכם לוועדה צוות הוועדה יוצג בפניכם. לאחר מכן עליכם להציג בפני

הוועדה את מצבכם הרפואי. כמו כן, עליכם לציין מהו הרכב שברשותכם, האם בדקתם אם הרכב מתאים למגבלותיכם ומהו הרכב המתבקש על ידכם.

רופא הוועדה עורך בדיקה גופנית לחולה. הבדיקה מתבצעת תוך התייחסות למסמכים הרפואיים הרלוונטיים למוגבלותכם ולסוג המחלה של ילדכם.

פרוטוקול הוועדה – בסיום כל ועדה נשלח פרוטוקול סיכום לנבדק ובמקביל למוסד לביטוח לאומי (עד 30 יום מיום כינוס הוועדה, זאת אם לא נדרש מידע רפואי נוסף או כל מידע אחר). עם קבלת הפרוטוקול עליכם לפנות לסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב לביתכם כדי לבדוק מהן זכויותיכם.

מבחן נהיגה חוזר – אם נדרשתם לערוך מבחן נהיגה חוזר (ייתכן שרופא המכון יבקש מהנבדק לבצע מבחן נהיגה עקב שינוי צורת נהיגה באביזרים מיוחדים) ועברתם אותו בהצלחה, עליכם לשלוח בפקס לוועדה להתאמת רכב העתק מהרישיון החדש כולל טופס ההצהרה שנשלח אליכם במקביל לפרוטוקול.

ערעור – במידה שהנכם מעוניינים להגיש ערעור (השגה) על המלצת הוועדה שנקבעה לכם, עליכם להגיש מכתב דרך המוסד לביטוח לאומי בלבד. שימו לב: אין לפנות למזכירות הוועדה לשם כך.

הערות

במקרים שבהם אדם מוגבל בניידות הגיש את בקשתו לוועדה להתאמת רכב כנהג, יהיה עליו להיבדק בדיקה לכשירות רפואית לנהיגה ובדיקה באינדיקטור (מכשיר מיוחד להתאמת אביזרי נהיגה) על-ידי מומחה ורופא כשירות נהיגה. בדיקה זו כרוכה בתשלום אגרה שנקבעה כדין בתהליך הנדרש על-פי חוק יסוד משק המדינה וחוק יסודות התקציב בתקנה (195 ב'). סכום האגרה הוא הסכום שצוין עבור "תשלום עבור עיון במסמכים" בלבד.

אם אתם מעוניינים להחליף את הכיסא גלגלים שברשותכם רצוי להגיש את הבקשה להיבדק לוועדה להתאמת רכב רק לאחר קבלת כיסא הגלגלים החדש, זאת כדי למנוע עיכובים בטיפול בעניינכם או זימון חוזר לאחר קבלת כיסא הגלגלים החדש.

חובה על אדם עם מוגבלות או על מי מחברי הוועדה לדווח למזכירת הוועדה אם קיים קשר מסוג כלשהו ביניהם, והיא תפעל בהתאם ובמידת הצורך לזימון מועד אחר לוועדה ובהקדם האפשרי ככל שניתן.

מקום קבלת השירות: הוועדה להתאמת רכב מתקיימת בדרך בגין 116, ת"א החל מהשעה 15:00. מוזמנים לוועדה עם תג נכה לרכב יכולים להיכנס לחנייה של בית קלקא ללא עלות (הכניסה לחנייה היא דרך רחוב איסרליש שבו יש פנייה ימינה לחניון בית קלקא).

קבלת קהל לביורורים: ביום שלישי בשעות 12:00–14:00.

חובה להגיע עם תעודה מזהה שעליה תמונה (רישיון נהיגה, דרכון או תעודת זהות). פונים שיגיעו ללא תעודה כנ"ל לא יתקבלו ולא יוכלו לבצע בירור.

שעות מענה הטלפוני: בימים ראשון-חמישי, בשעות 8:00–18:00 וביום שישי בשעות 8:00–13:00. טלפון: 03-5634731 פקס ממוחשב: 03-5310284.

הערות

אנשים אשר מוגבלים בניידות, המתגוררים באיזור חדרה וצפונה ואינם נוהגים, ייבדקו בסניף המכון הרפואי לבריאות בדרכים בחיפה. כתובת הסניף: שדרות פל 15 א', קריית הממשלה, בניין ב', קומה 20, חיפה.

אנשים אשר מוגבלים בניידות, המתגוררים באיזור חדרה וצפונה ונוהגים באופן עצמאי, יזומנו למכון

הרפואי בתל אביב מאחר שבסניף זה קיים האינדיקטור – מכשיר מיוחד להתאמת אביזרי נהיגה.

מסמכים הנדרשים לקבלת השירות

בהגיעכם לוועדה להתאמת רכב עליכם להביא:

- כל אביזרי העזר הקבועים שברשותכם כגון: פרוטזות, ציוד חמצן, ציוד האכלה, קב"ים, הליכון וכד'. תעודה מזהה עם תמונה.
- מסמכים רפואיים עדכניים.
- אם הנכם משתמשים בכיסא גלגלים סטנדרטי או ממונע יש להגיע עימו. כמו כן יש להציג בפני הוועדה אישור ממועד הבריאות על רכישת כיסא הגלגלים, מפרט טכני ודו"ח פיזיותרפיסט.

2.7 מימון מכשירי ניידות

משרד הבריאות משתתף במימון מכשירי ניידות בשיעור 90% מהמחיר שנקבע, או מתקרת ההשתתפות שנקבעה, בהתאם לסוג המכשיר. יש לפנות ללשכת הבריאות לפני רכישת המכשיר. החל מתאריך 01.04.2017 ניתן מימון מלא גם לתיקונים של כל מכשירי הניידות הידניים, כפי שניתן לתיקונים של מכשירי ניידות חשמליים.

מי זכאי?

- אדם עם מוגבלות קבועה הזקוק למכשיר ניידות ומתגורר בקהילה (כלומר, לא מאושפז במסגרת סיעודית או שיקומית כלשהי).
- קטינים חסרי מעמד המבוטחים בביטוח רפואי לילדים הנמצאים בישראל ואינם תושבים זכאים לאותו סיוע הניתן לקטינים בעלי תושבות.

תהליך מימוש הזכות

1. יש לפנות לרופא המשפחה בקופת החולים (ילדים הלומדים במסגרות לחינוך מיוחד יכולים לפנות באמצעות המסגרת החינוכית).
2. רופא המשפחה או רופא מומחה אחר יעביר את הפנייה לפיזיותרפיסט או למרפא בעיסוק (בעל תעודת הרשאה להמליץ) לצורך בדיקת זכאות להשתתפות במימון המכשיר.
3. הגורמים המקצועיים בקופת החולים ינחו את הפונה לגבי המסמכים אותם עליו להגיש ועל תהליך הגשת הבקשה למשרד הבריאות.

המסמכים הנדרשים:

- דו"ח רפואי/סיעודי עדכני חתום בידי רופא ואחות.
 - מפרט או המלצה של פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק בקופת החולים המבטחת.
 - דו"ח סוציאלי חתום בידי עובדת סוציאלית (בכל מקרה של מכשירי ניידות ממונעים או חשמליים או על פי דרישת הלשכה).
 - תצלום תעודת זהות.
- הגשת המסמכים ללשכות הבריאות יכולה להיעשות באמצעות קופות החולים או ישירות בידי הפונה או נציג מטעמו.
- את הבקשה מגישים לרכזת המכשירים במחלקה למחלות ממושכות ושיקום בלשכת הבריאות הקרובה. ניתן להגיש את המסמכים בימי קבלת קהל במחלקה, בדואר או בפקס.

ועדה מקומית תדון בבקשה והחלטת הוועדה (אישור הבקשה או דחייתה) תישלח במכתב תשובה לפונה.

מכשירים מורכבים (מיטה עם מנגנון חשמלי, כיסא גלגלים ממונע, מנוע עזר לכיסא גלגלים ידני, מנוף עם הפעלה חשמלית וזחליל) מועברים לדיון בוועדה מחוזית.

הנחיות לגבי המשך התהליך יפורטו במכתב התשובה שישלח למי שאושרה בקשתו.

מי שקיבלו אישור זכאות לרכישה עצמית יעבירו ללשכת הבריאות את המסמכים הבאים לצורך קבלת החזר כספי:

1. אישור הזכאות.
2. טופס אישור קבלת המכשיר (חתום).
3. חשבונית וקבלה – מסמכים מקוריים.
4. פרטי חשבון הבנק לצורך העברה בנקאית של ההחזר הכספי (באמצעות צילום צ'ק מבוטל).

ערעור

מי שבקשתם לסיוע נדחתה רשאים לערער על החלטות הוועדות.

הערעור יוגש בכתב באמצעות לשכת הבריאות.

הדיון בוועדת ערר ייעשה תוך 30 יום מתאריך קבלת הערעור והטיפול בו בלשכת הבריאות.

תיקון מכשירי ניידות

משרד הבריאות מממן את תיקון מכשירי הניידות לאחר תום תקופת האחריות שניתנה בידי הספק.

החל מתאריך 01.04.2017 ניתן לכל האוכלוסיות מימון מלא גם לתיקונים של מכשירי הניידות הידניים (כגון כיסא גלגלים ידני וכיסא גלגלים לשירותים).

המשרד רשאי לגבות השתתפות במימון התיקון במקרה של תקלה הנובעת מרשלנות, משימוש בלתי סביר, או משימוש בניגוד להוראות היצרן, הספק או משרד הבריאות.

יש לפנות לספקים עד תום תקופת האחריות.

מרבית התיקונים מתבצעים באמצעות היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות. אם נדרש תיקון למכשיר יש לפנות למוקד "קול הבריאות" בטלפון: *5400, 08-6241010.

החזרת מכשירים בתום השימוש

המכשירים הבאים יוחזרו ללשכת הבריאות עם תום השימוש בהם: כיסאות גלגלים ידניים (על כל סוגיהם), כיסאות גלגלים לשירותים, כיסאות גלגלים ממונעים, כיסאות גלגלים עם מנועי עזר, טיולונים, מיטות, מנופים, זחלילים או מעלי מדרגות ניידים, הליכונים מיוחדים.

מקבל המכשיר וערב נוסף (או ערב בלבד) צריכים לחתום בעת קבלת המכשיר על טופס התחייבות ושטר חוב המבטיחים את החזרת המכשיר בתום השימוש בו.

3. זכויות והטבות כספיות במשרדי ממשלה

3.1 נקודות זיכוי והחזרי מס הכנסה

מס הכנסה מעניק שתי נקודות זיכוי להורים לילדים עם צרכים מיוחדים שמנוכה להם מס ממשכורתם. משמעות נקודות הזיכוי היא הפחתה מסכום המס. ערכה של נקודת זיכוי מתעדכן מדי פעם בהתאם לעליית המדד וליוקר המחיה. שווי ההטבה נכון לשנת 2018 הוא 5,184 ₪ לשנה, ו-432 ₪ לחודש.

הזכאות ניתנת בגין ילדים עד גיל 18 העונים על אחד המצבים הבאים:

1. ילד שאובחן ע"י נוירולוג או רופא מומחה בהתפתחות הילד כמשותק באחד מגפיו.
2. ילד עם עיכוב התפתחותי בשל מחלה קשה המקבל גמלת ילד נכה.
3. ילד עם מוגבלות שכלית.
4. ילד עם עיכוב התפתחותי בשל לקות למידה חמורה שהופנה לוועדת השמה.

עבור בוגרים מעל גיל 18 הזכאות ניתנת במקרים הבאים:

1. מי שהופנה ע"י ועדת השמה למסגרת חינוך מיוחד.
 2. מי שנקבעה לו דרגת אי כושר השתכרות לצמיתות בשיעור של 74% לפחות.
 3. מי שסמוך לשולחן הוריו (כלומר מתגורר עדיין בבית הוריהם, גם אם מצוי בדיר חוץ ביתי).
 4. מבחן הכנסה:
- בוגר בעל מגבלה עם בן זוג – ההכנסה החייבת שלו ושל בן זוגו לא עלתה על 267,000 ₪ בשנה.
 - בוגר עם מגבלה ללא בן זוג – הכנסתו לא עלתה על 167,000 ₪ בשנה.
 - 5. אח הממונה אופטרופוס יקבל נקודות זיכוי כשההורים אינם בחיים או אינם מתפקדים.

מימוש הזכות:

- הורה שילדו מקבל גמלת נכות – מקבל נקודות זיכוי ישירות מהמעסיק.
- על ההורה לסמן ולהצהיר בטופס 101 המוגש למעסיק בתחילת כל שנה:
1. הוא הורה לילד נטול יכולת שטרם מלאו לו 19 שנים ומשולמת לו גמלת נכות.
 2. בן זוגו אינו מקבל נקודות זיכוי אלה.
 3. לילד בגינו ההורה מבקש את נקודות הזיכוי אין הכנסה בשנה הנוכחית.
 4. יש לצרף טופס על אישור גמלת ילד נכה בשנה הנוכחית.

הערות:

- הורים לשני ילדים העומדים בתנאי הסעיף זכאים לקבל כפל נקודות (היינו 4 נקודות זכות).
- הזיכוי ניתן על משכורת אחת.
- בכל שנה יש להגיש בקשה מחדש.
- הורים זכאים לקבל רטרואקטיבית החזרי מס עבור 6 שנים קודמות לתאריך הבקשה (ובלבד שהזכאות הייתה קיימת באותה שנה). יש להגיש בקשה לרשות המיסים.

3.2 פטור ממס על קרנות או קופת גמל

הורים לילד נכה הזקוקים לכספם המונח בקרן או בקופת גמל יכולים לבקש שלא ינכו מהם מס הכנסה בעת משיכת הכספים בשיעור של 35%.

מימוש הזכות: פנייה למשרד האוצר, בצירוף אישור מהביטוח הלאומי.

3.3 הנחות בתשלומי ארנונה ומים

בכל רשות מקומית מתקיימת ועדת הנחות לארנונה, שתפקידה לבחון את זכאות התושבים להנחות ולקבוע את ההנחה המדויקת על פי מצבו הספציפי של מבקש ההנחה. הורים אשר ילדם מקבל גמלת ילד נכה זכאים ל-25% הנחה בארנונה עבור 100 מ"ר משטח הנכס.

מי זכאי

הורים לילד אשר משולמת עבורו גמלת ילד נכה.

תהליך מימוש הזכות – יש לפנות לאגף לגביית ארנונה ברשות המקומית. ועדת ההנחות מאפשרת הנחה גם למי שנקלע למשבר כלכלי.

הטבה בתשלום המים

כל תושב זכאי לצורך 3.5 מ"ק מים לפי תעריף נמוך. צריכה מעבר לכך מחויבת לפי תעריף גבוה יותר. ההטבה למקבלי גמלת ילד נכה היא הכפלת הכמות המוכרת בתעריף נמוך. רשימת הזכאים מועברת אוטומטית על ידי ביטוח לאומי. ניתן לוודא שאכן מקבלים את ההטבה מול תאגיד המים המקומי או במוקד הארצי לבטל"א *6050. ההטבה ניתנת רטרואקטיבית.

3.4 הנחה בתעריפי חשמל

הורים לילד המקבל קצבת נכות זכאים להנחה בתשלום החשמל. הזכאות ניתנת בגין ילדים התלויים לחלוטין בעזרת הזולת או בשל צורך רפואי.

ההנחה היא בשיעור של 50% עבור צריכה של קילוואט לשעה הראשונים בכל חודש.

ביטוח לאומי מעביר רישום לחברת החשמל אודות הזכאים.

ההטבה ניתנת רטרואקטיבית ממועד קיום קריטריוני הזכאות.

3.5 הנחה בתשלומי טלפון

הורים לילד הזכאי לגמלת נכה בשיעור של 100% זכאים להנחות בשירותי הטלפון של "בזק". ההנחות ניתנות עבור התקנה והעתקה של מכשיר הטלפון וכן בתשלום החודשי.

מימוש הזכות – יש לפנות לגבי אהובה רובס, אגף השיקום, משרד הרווחה ת.ד. 0621, ירושלים 2010610 בטופס המצורף: **ראה נספח 5 בחוברת.**

3.6 הנחה על תו חניה ואגרת רישיון לרכב נכה

תו נכה מאפשר לרכב נכה לחנות במקומות השמורים לנכים או באין חניה מותרת בנמצא סמוך למקום. ניתן לקבל תו חניה עבור שני כלי רכב אם שניהם משמשים להסעת הנכה. על אחד הרכבים ניתן לשלם אגרת רישוי מופחתת (בסך 27 ₪ בלבד). הזכות לתשלום מופחתת ניתנת עבור רכב אחד.

תו חניה שאושר לצמיתות מתחדש אוטומטית מדי 8 שנים ונשלח לביתו של הזכאי.

מי זכאי?

אדם שנקבעו לו 60% נכות רפואית ותנועתו ללא רכב עלולה לפגוע בבריאותו; אדם המוגבל בהליכה וזקוק לכיסא גלגלים; נכה הזקוק לרכב כאמצעי תנועה בגלל רגליו הנכות; הורים לילד נכה העומד בתנאי אחד מהסעיפים.

התג מאפשר חניה במקומות השמורים לנכים או במקום בו אין החניה מותרת במקרים הבאים:

1. החניה נעשית באופן שאין בו סיכון לעוברי דרך, ואין היא מונעת מעבר חופשי.
 2. החניה אינה גורמת להפרעה ממשית לתנועה.
 3. לא מצוי מקום אחר פנוי בו החניה מותרת סמוך למקום.
- בעל חג נכה פטור מתשלום על חניה במקום ציבורי, שהגישה הנגישה היחידה אליו היא דרך חניה ציבורית בתשלום.
 - רכב הנושא תג חניה עם סמל של כיסא גלגלים רשאי לנסוע בנתיב המיועד לתחבורה ציבורית, כשהנכה נמצא ברכב.

מימוש הזכות – יש למלא את הטופס המתאים, **נספח מס' 6**, ולצרף את המסמכים הנדרשים. את טופס הבקשה בצירוף המסמכים יש להעביר אל: משרד התחבורה, היחידה לטיפול במוגבלי ניידות במרכז עדכון ובקרה, ת"ד 72 חולון, מיקוד 58100. ניתן להעביר את הבקשה גם באופן מקוון. לשם כך יש לסרוק את טופס הבקשה ואת כל המסמכים והאישורים הרלוונטיים לקובץ PDF אחד. אין צורך להגיע למשרדי הרישוי באתר משרד הרישוי. במכירת רכב שעליו משולמת אגרה מופחתת יש לבצע העברת בעלות במשרד הרישוי ולא בסניפי הדואר.

3.7 סימון חניית נכים

אדם המוגבל בתנועתו רשאי לבקש תמרור חניה הבלעדי לנכה (ג-43) לסימון איזור חניה ליד ביתו ובמקרים מסוימים גם ליד מקום עבודתו, בהתאם לחוק חניית נכים ובתנאי שאין לו חניה פרטית או אין לו חניה בחניון בניין המגורים.

מי זכאי

אדם עם מוגבלות בניידות, אדם עם דרגת נכות של 90% ומעלה.

הזכאות היא למקום חניה אחד בלבד וכוללת את מספר הרכב של האדם הנכה. החניה מיועדת רק לרכב של האדם הזכאי ואינה מיועדת לצרכים השוטפים של בני המשפחה.

מיקום החניה אינו עולה על 200 מטרים ממקום מגוריו. אם אין כל אפשרות לטווח זה, יוקצה מקום חניה עד למרחק של 400 מטרים.

הקצאת מקום החניה היא ללא תשלום.

מימוש הזכות

יש לפנות למחלקת החניה או לוועדת התמרור המקומית בכתב, בצירוף המסמכים הדרושים. בפניה יש לציין כתובת מדויקת וטלפון וכן לצרף:

- כתב בקשה.
- צילום תעודת זהות וצילום רישיון רכב.

- אישור על אחוזי הנכות מהביטוח הלאומי.
- אישור על אחוזי המוגבלות בניידות ממשרד הבריאות.
- אישור ממשרד התחבורה על קבלת תג חניה לרכב נכה או צילום תג החניה משני צדיו.

3.8 חיסכון לכל ילד – פתיחת החיסכון בשל מצב רפואי

הוריו של ילד הנמצא במצב רפואי קשה רשאים למשוך את הכספים שנחסכו עבורו בתוכנית חיסכון לילד גם טרם הגיעו לגיל 18. משיכת סכום החיסכון תתאפשר רק בשל מצב רפואי העלול להביא לפגיעה בחייו, גופו או נפשו של הילד, לטובת מימון צרכיו הרפואיים בלבד. לשם כך יש צורך באישור שניתן בידי רופא מטעם הביטוח הלאומי.

מימוש הזכות

לאחר קבלת האישור מביטוח לאומי יש לפנות לגוף בו מתנהל החיסכון ולהגיש בקשה למשיכת הכספים בצירוף האישור של רופא מטעם הביטוח הלאומי.

שלבי התהליך

- המוסד לביטוח לאומי יעביר את סכום המענק הראשון בסך 500 ₪ שאמור היה להעביר רק בהגיע הילד לגיל 18. הזכאות למענק היא רק במשיכת כל סכום החיסכון הצבור.
- לאחר המשיכה ביטוח לאומי ימשיך להפקיד 50 שקלים בחודש עד הגיעו של הילד לגיל 18.
- אם הילד ימשיך לחסוך עד גיל 21, יקבל מענק נוסף בסך 500 ₪.
- לפני משיכת הכספים ינוכו מס רווחי הון.

3.9 פטור מתשלום למלווה

סעיף 14 לתקנות מאפשרת לאדם עם מוגבלות הנעזר במלווה לשם השגחה או לשם סיוע בביצוע פעולת היום-יום להיכנס למקומות ציבוריים מסוימים שהכניסה אליהם כרוכה בתשלום, ללא צורך בתשלום עבור המלווה בהצגת תעודת המעידה על כך. לרוב יינתן הפטור מתשלום במקומות ציבוריים כגון פארקים או מוזיאונים. במקומות בהם יש מקומות ישיבה (כגון קולנוע, משחק כדורסל) אין חובה לתת את הפטור.

מי זכאי

במקומות ציבוריים מסוימים המספקים שירות ציבורי אין לגבות תשלום דמי כניסה ממלווה של אדם הזכאי לקצבת שירותים מיוחדים.

מימוש הזכות

- המוסד לביטוח לאומי הנפיק ושלח לאוכלוסיות הזכאים תעודת נכה שרשום עליה "פטור מתשלום עבור מלווה".
- בכניסה למקום הציבורי יש לפנות לנותן השירות ולבקש לקבל את השירות ללא תשלום דמי כניסה למלווה.
- נותן השירות רשאי לדרוש שתוצג לו תעודת נכה בתוקף, כדי לוודא שקיימת זכאות.
- ייתכן שתידרש בנוסף תעודה מזהה נושאת תמונה (כגון תעודת זהות).

3.10 פיצויי פיטורים לעובד שהתפטר עקב בריאות לקויה שלו או של בן משפחתו

עובד שהתפטר בשל בריאות לקויה שלו או של בן משפחתו זכאי, בהתאם לתנאים, לפיצויי פיטורים מהמעסיק. הזכאות מותנית בהתקיימות יחסי עובד-מעביד במשך שנה לפחות. בהתאם לתקנות פיצויי פיטורים (חישוב הפיצויים, והתפטרות שרואים אותה כפיטורים), בן משפחה הוא אחד מאלה:

- בן זוגו של העובד, לרבות הידועה בציבור כבת זוגו.
- ילדו של העובד, לרבות ילד מאומץ או חורג.
- הורה של העובד.
- נכדו של העובד, סבו או הורה של בן זוגו, הגר עם העובד ועיקר כלכלתו עליו.

תהליך מימוש הזכות

על העובד להודיע למעסיק על ההתפטרות מראש ובכתב, בהתאם לפרק הזמן הקבוע בחוק. המעסיק ישלם את פיצויי הפיטורים עם סיום יחסי עובד-מעביד, כלומר ביום האחרון לעבודה, או לכל המאוחר בתוך 15 יום ממועד זה. מהיום ה-16 ועד היום ה-30 מחויב המעסיק בתוספת הצמדה למדד עד ליום התשלום בפועל. מעסיק שטרם שילם בחלוף 30 יום עלול לשאת בפיצויי הלנה.

תשלום הפיצויים

לפני סיום העסקתו, על העובד למלא על גבי טופס 161 א - הודעת עובד עקב פרישה מהעבודה - את פרטיו האישיים ותקופות העסקתו, וכן מקומות עבודה נוספים שבהם עבד (אם עבד) במהלך תקופת העסקתו אצל המעסיק, כולל פירוט תשלומי פיצויי פיטורים שקיבל מאותם מקומות עבודה. לאחר מכן המעסיק ימלא טופס 161 - הודעות מעביד על פרישה מעבודה - וימסור אותו לעובד.

הזכות ניתנת באופן אוטומטי על ידי המעסיק, באחת משתי הדרכים הבאות:

1. תשלום הפיצויים ישירות מהמעסיק לעובד.
2. שחרור הכספים שהופרשו למטרה זו לקרן פיצויים או לקרן פנסיה, והעברתם ישירות מהקרן אל העובד.

אם כספי הפיצויים הופרשו על-ידי המעסיק במהלך תקופת ההעסקה לקרן פיצויים, לקופת גמל או לביטוח פנסיוני, הרי שתשלום הפיצויים לא ישולם על-ידי המעסיק, אלא על-ידי הגוף שמנהל את הקופה שאליה הופרשו הכספים (אם הופרשו רק חלק מפיצויי הפיטורים לקופת הגמל או לביטוח פנסיוני, על המעסיק לשלם את ההפרש ישירות לעובד, והכספים שהופרשו לקופת הגמל יועברו לבעלות העובד).

לשם כך על המעסיק לצייד את העובד באישור לשחרור הכספים (אם המעסיק לא נותן את הסכמתו לשחרור הכספים, העובד יצטרך להשאיר את הכספים בחיסכון הפנסיוני ולקבל אותם בצורת קצבה חודשית לאחר הגיעו לגיל פרישה. אם ימשוך אותם בכל זאת שלא במסגרת "אירוע מזכה", כגון: גיל פרישה, מוות או אובדן כושר עבודה, המעסיק רשאי לדרוש את הכספים הללו מהעובד).

חשוב לדעת: משיכה של כספי הפיצויים מתוך קרן הפנסיה מקטינה את גודל הקצבה החודשית שהעובד יקבל לאחר פרישתו לגמלאות, וגם מקטינה את הפטור ממס הכנסה שחל על הקצבה (אם העובד אינו מושך את הכספים, מצטרפים כספים אלה לכספי החיסכון של הפנסיה).

4. קבלת היתר העסקה לעובד זר

על מנת להעסיק עובד זר בסייעוד, יש צורך בקבלת היתר מרשות האוכלוסין באמצעות הלשכות המורשות ובקבלת אשרת עבודה עבורו. החוק אוסר על העסקת עובדים זרים ללא היתרים.

תנאי זכאות העסקת עובד זר לקטין:

הקטין זכאי לקצבת ילד נכה מאת המוסד לביטוח לאומי, ובנוסף, הוכח כי התקיימה לפחות אחת הנסיבות להלן:

- הימצאותו של הילד במסגרת לימודית מותנית בליווי של מטפל לצורך מתן עזרה פיזית לילד.
- הילד זקוק לליווי והשגחה במהלך רוב שעות היום מחמת נכותו ונבצר ממנו להשתתף במסגרת לימודית או טיפולית.
- מתקיימות נסיבות רפואיות מיוחדות אחרות המצריכות טיפול יום-יומי צמוד וממושך לילד גם במשך השעות בהן נמצא בביתו (לדוגמה צורך בטיפול מיוחד גם בשעות הלילה).
- היתר ההעסקה ניתן לשלוש שנים. בקשות להארכה יאושרו ללא צורך בבדיקות נוספות בתנאי שמתקיימים שני התנאים המצטברים להלן:
- הילד זכאי לגמלת נכה בשיעור של 100% לפחות.
- לבקשה צורך תצהיר לפיו הילד אינו מתגורר במסגרת מוסדית.

מטופל מגיל 18 ועד גיל פרישה זכאי להיתר העסקת עובד זר בתנאי שנקבעה לו זכאות לקצבת שירותים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי. מי שתביעתו לקצבה זו נדחתה מחמת גובה הכנסתו או משום שבחר בקצבת ניידות, רשאי לבקש "חידוש דיון" במוסד לביטוח לאומי לצורך בקשה להיתר העסקת עובד זר.

אופן הגשת בקשה להעסקת עובד זר:

- מילוי שלושה טפסים: בקשה לקבלת היתר להעסקת עובד זר או הארכת היתר קיים + התחייבות מעסיק + הצהרת ויתור סודיות רפואית נספח 7 בקשה לקבלת היתר לעובד זר.
- צירוף אישור על אגרת בקשה מופחתת בסך 300 ₪ + אישור על השלמת אגרה בסך 290 ₪ בגין טיפול בבקשה לקביעת זכאות + צילום ת.ז. + ספח המטופל והמעסיק במקרה שהמטופל אינו יכול למלא חובותיו כמעסיק עובד זר + אישור אפטרופסות במקרה שהמטופל חסוי.
- במקרה של קטין – צירוף אישור מנהל בית הספר או הגן בו רשום הילד לגבי השעות הרגילות בהן נמצא הילד במוסד + חו"ד רפואית מעודכנת מהרופא המקצועי המטפל בילד + תצהיר חתום בפני עו"ד + חו"ד רשויות הרווחה התומכות בסיבת הבקשה + דו"ח רפואי שנערך במוסד לביטוח לאומי במהלך תביעת גמלת ילד נכה. האישור לגבי זכאותו של הילד לגמלת ילד נכה יועבר ישירות מהמוסד לביטוח לאומי אל האגף ההיתרים, ואין צורך לצרפו לבקשה (מותנה בחתימת ההורים או האפטרופוס של הילד על כתב ויתור על סודיות רפואית).

משפחה עם שני ילדים הזכאים לגמלת ילד נכה וזקוקים להשגחה או ליווי תוכל לקבל היתר להעסיק עובד זר אחד לצורך הטיפול בשניהם.

על הטפסים המקוריים להישלח לאגף ההיתרים בענף הסייעוד לפי הכתובות המופיעות בתחתית הטופס בחתימת המטופל או בן משפחתו שישמש כ"מעסיק". תשובת האגף תימסר בדואר.

לאחר קבלת ההיתר, חובה להירשם באחת הלשכות הפרטיות הרשומות באגף הסייעוד לצורך העסקת עובד זר.

לידיעה, עובד זר זכאי לכל תנאי ההעסקה להם זכאים עובדים ישראלים, ובכלל זה ליום מנוחה

שבועי, ימי חג וחופשות בתשלום, דמי הבראה ופיצויי פיטורים. בנוסף, יש לספק לעובד תנאים מיוחדים כמפורט ב"חוק עובדים זרים", ובכלל זה חוזה בכתב בשפתו, מגורים הולמים בביתו של המטופל וביטוח רפואי. לא תותר העסקת עובד זר במשרה חלקית. מטופל המעסיק עובד זר על פי היתר העסקה חייב להעסיק את העובד הזר בשכר חודשי ובמשרה מלאה לפחות, וכן עליו לספק לעובד מגורים הולמים בביתו של המטופל.

לאחר שנמצא עובד מתאים, על המעסיק לפנות לרשות האוכלוסין וההגירה לצורך קבלת אשרת עבודה שתוקפה לשנה עבור העובד הזר. בפנייה יש להמציא את המסמכים הבאים:

- טופס מתן אשרת כניסה לישראל מסוג ב/1 סיעודי.
- כתב התחייבות למעסיק עובד סיעודי זר.
- תמונה מעודכנת של העובד הזר.
- צילום דף פרטי העובד מתוך דרכונו. יש לוודא כי הדרכון תקף ל- 18 חודשים לפחות.

4.1 הוצאות בגין העסקת עובד זר

העסקת עובד זר כרוכה בהוצאות נוספות מלבד שכרו של העובד.

מצ"ב פירוט התשלומים הנדרשים בנושא. הסכומים הנקובים משתנים מעת לעת.

- אגרות למשרד הפנים - רשות ההגירה והאוכלוסין:
- 300 ₪ בהליך הוצאת הרישיון ובעת חידוש היתר העסקה.
- 175 ₪ תשלום למשרד הפנים בכניסת העובד לארץ.
- עמלה לחברת כוח אדם על תיווך והבאת עובד זר - הנוהל מגביל את גובה העמלה לעד 2,000 ש"ח. תשלום העמלה כולל אחריות לשנה, כך שהחברה אחראית להביא עובד זר אחר במידה שהעובד עזב או פוטר במהלך השנה הראשונה. הלשכות גובות גם דמי התקשרות - תשלום חודשי ללשכה הפרטית עבור שירותי ליווי, מעקב וסיוע בפתרון בעיות עם העובד בסך 70 ₪ לחודש. הלשכות הפרטיות מחויבות במתן שירותי ליווי ופיקוח של עובד סוציאלי למשפחות המעסיקות ולעובדים.
- תשלום שכר העובד הזר באמצעות גמלת חוק סיעוד - ניתן להשתמש בשעות גמלת חוק סיעוד לתשלום שכר העובד הזר באחת משתי האפשרויות:
- קבלת גמלת סיעוד בשירותים - גמלת הסיעוד עוברת מביטוח לאומי דרך חברת הסיעוד לעובד (החברה מוציאה לעובד תלוש שכר) והמשפחה משלמת את ההשלמה לשכר שסוכם עם העובד.
- קבלת גמלת סיעוד בכסף - מי שזכאי לגמלת סיעוד ומעסיק מטפל ל-12 שעות ומעלה ל-6 ימים, יכול לקבל את גמלת הסיעוד בכסף ישירות לחשבון הבנק שלו ללא תווך של חברה.

הרכב שכר עובד זר

- השכר צמוד לגובה שכר מינימום הקבוע במשק (כיום 5,300 ₪ לחודש). דמי הכיס המשולמים לעובד בכל שבוע לקראת היציאה ליום החופשי שלו (בגובה 100 ש"ח), גם אם אינו יוצא ליום חופשי, הם חלק משכר הברוטו שלו. עובד זר חדש בארץ משתכר פחות (ולא פחות משכר המינימום במשק) מעובד זר ותיק, הדורש בדרך כלל שכר גבוה יותר.
- ניתן לנכות משכר העובד את השתתפותו בהוצאות עבור מגורים, הוצאות נלוות (כגון מים, חשמל, גז, ארנונה), ביטוח רפואי ומפרעות שונות אך חייבים לקבל את הסכמת העובד לכך.
- תקרת הניכוי החודשית המותרת בגין ביטוח רפואי, מגורים הולמים, הוצאות נלוות וחוב

למעסיק הינה עד 25% משכר העובד, ואין מעביד רשאי לנכות מעבר לכך. כמו כן, כאשר חישוב כל הניכויים המותרים מגיע לפחות מ-25%, אין המעסיק רשאי לנכות את מלוא ה-25%.

4.2 תוספות לשכר עובד זר

- תשלום עבור עבודה ביום המנוחה – בימי חג/יום חופש שבועי זכאי למנוחה שבועית (יום מנוחה – מינימום 25 שעות) ול-9 ימי חג לפי דתם ולבחירה. במידה שעובד בוחר לעבוד ביום זה, הוא זכאי לתשלום.
- ביטוח פנסיוני – להפרשה לקרן פנסיה לאחר תקופת עבודה מסוימת. גובה ההפרשה משכר ברוטו – 6.5% לפנסיה ו-6% לפיצויים. הסכומים הנצברים בקרן הפנסיה יועברו לידידיו של העובד הזר לאחר שיסיים את עבודתו אצל המעסיק. עד לסיום העבודה יש לשמור כספים אלו עבור העובד הזר.
- דמי הבראה – לאחר שנה העובד זכאי לדמי הבראה. בשנה הראשונה העובד זכאי ל-5 ימי הבראה כפול 378 ש"ח (מעודכן לספטמבר 2014, לא עודכן מאז) לכל יום הבראה, בשנה השנייה ובשנה השלישית דמי ההבראה הם עבור 6 ימי הבראה. ימי ההבראה עולים בהתאם לוותק.
- פדיון ימי חופשה שנתית – עובד זר שלו ותק של עד שש שנים זכאי ל-16 ימי חופשה שנתית ול-14 ימי חופשה למקרה שפודה אותם. פדיון ימי חופש מותר בסיום יחסי העבודה.
- ימי מחלה – בהתאם לחוק דמי מחלה, לכל עובד מגיע זכות של יום וחצי מחלה לחודש עד למקסימום של 90 ימי מחלה. המעסיק מחויב לשלם מיום המחלה השני. ביום השני והשלישי יקבל העובד 50% משכרו הרגיל. מהיום הרביעי ואילך, יקבל העובד הזר שכר רגיל. עובד מתחיל לצבור את ימי המחלה מיום תחילת עבודתו. בנוסף לזכות בסיסית זו, קיימים חוקים אחדים העוסקים בדמי מחלה בגין מחלת ילד, מחלת הורה, מחלת בן זוג ובדיקות הקשורות בהריון של בן זוג. כל החוקים הללו מעניקים זכות להיעדרות, בהתאם לתנאים הקבועים בהם, והם על חשבון מכסת ימי המחלה שצבר העובד הזר.
- ביטוח רפואי – באחריות המשפחה המעסיקה לרכוש עבור העובד הזר ביטוח רפואי על מנת לדאוג לצרכיו הרפואיים. ניתן לערוך סקר שוק בין הצעות הביטוחים הקיימים או להיעזר בחברת כוח אדם ברישת ביטוח רפואי דרכה. עלות רוב פוליסות הביטוח הרפואי היא כ-2\$ ליום בממוצע.
- ביטוח לאומי – המקבל גמלת סיעוד ומעסיק עובד זר בשיתוף עם חברת סיעוד והשלמתו לשכר העובד היא פחות מ-3,000 ש"ח בחודש, פטור מלשלם ביטוח לאומי על שכר המטפל. לקבלת הפטור על מקבל הגמלה לפתוח תיק מעסיק בביטוח הלאומי (גם אם לא משלם בפועל דמי ביטוח) וכן לשלם את שכר המטפל בהעברה בנקאית לחשבונו או בהמחאה לפקודת המטפל.

בסיום יחסי העבודה, עורכים 'גמר חשבון' בו יקבל העובד:

- שכר אחרון יחסי.
 - ימי הבראה שלא שולמו לו.
 - ימי חופש שצבר.
 - ימי חג יחסית לשנה.
- בנוסף, העובד זכאי לקבל את הסכומים שנצברו לו במסגרת הביטוח הפנסיוני – ההפרשות לפנסיה ולפיצויים. כאשר מפטרים עובד או שהוא מתפטר על רקע עילות מסוימות שנקבעו בחוק שדין כפיטורין יש לשלם לו פיצויי פיטורין בהתאם לחוק – שכר עבודה של חודש עבור כל שנת עבודה.

5. בריאות

5.1 סל שירותים בהתפתחות הילד

חוק ביטוח בריאות קובע כי על המדינה לספק שירותי התפתחות הילד מגיל לידה ועד גיל 18 לילד הזקוק לטיפול בשל בעיות התפתחותיות ורפואיות.

מי זכאי

1. ילד עד גיל 9 זכאי לאבחון ולטיפול הניתנים על ידי צוות רב מקצועי, מספר הטיפולים מוגבל.
2. ילד שאובחן עם נכות התפתחותית סומאטית זכאי לטיפולים עד גיל 18 בהתאם לצורך וללא הגבלה. חולי ניוון שרירים נכללים תחת קטגוריית מחלה סומאטית.

הטיפולים הנכללים בקטגוריית הפרא רפואיים הם: פיזיותרפיה, הידרותרפיה, ריפוי בעיסוק, ריפוי בדיבור, טיפול פסיכולוגי, עבודה סוציאלית.

מי מוסמך לאבחן מהי נכות סומאטית:

אבחון וטיפול ע"י צוות רב מקצועי הכולל מומחה בנוירולוגיה.
הערה: הזכאות לטיפולים פרא רפואיים במסגרת החינוך המיוחד לא פוסלת את הזכאות לטיפולים פרא רפואיים בסל השירותים.

5.2 נציגי פניות הציבור במערכת הבריאות

הורים המתקשים במיציאת זכויותיהם בקופות החולים יכולים לפנות לנציגי פניות הציבור בקופת החולים שלהם ולבקש התערבותם.

קופת חולים מכבי - באתר מכבי פניות הציבור.

מוקד "מכבי ללא הפסקה" בטלפון 53-53-50-700-1 או 355*.

קופת חולים כללית

מוקד פניות הציבור בטלפון 2700*.

קופת חולים לאומית

מוקד פניות הציבור בטלפון 507-507-700-1, או בחיגוק מקוצר 507* מכל טלפון נייד.
ניתן לפנות גם בכתב לפניות הציבור בפקס: 03-6949614 כתובת: שפרינצק 23 תל אביב.

קופת חולים מאוחדת

מוקד פניות הציבור - בטלפון 3833*, מספר פקס לפניות 03-5235335.

דוא"ל - pnio@meuhedet.co.il

כתובת למשלוח מכתבים - אבן גבירול 124, תל אביב מיקוד: 62038.

מומלץ להגיש פנייה בכתב לפניות הציבור ולהקפיד על קבלת מענה בכתב.

במידה שלא התקבל מענה ניתן לפנות לנציבות קבילות הציבור במשרד הבריאות.

נציבות קבילות הציבור, משרד הבריאות, רחוב ירמיהו 39, ירושלים, מיקוד: 9446724.

טלפון 08-6241010, 5400* פקס: 02-5655981.

דוא"ל - kvilot@moh.health.gov.il

מומלץ לפנות בכתב כדי לתעד את ההפניה ואת תשובת הקופה.

5.3 ימי מחלה

ימי מחלה הם הזכות הניתנת לעובד להיעדר מהעבודה בשל מחלה. עובד צובר זכאות ל-1.5 ימי מחלה עבור כל חודש עבודה במשרה מלאה אצל אותו מעסיק (כלומר ל-18 ימי מחלה בשנה), כשהוא עובד לפחות שנה אצל אותו מעביד או באותו מקום עבודה (ללא קשר לגילו של הילד). עובד הנעדר מעבודתו בשל מחלה זכאי לתשלום מהמעסיק החל מהיום השני להיעדרותו. בכל מקרה, ניכוי הימים ממכסת ימי המחלה מתחיל מהיום הראשון להיעדרות. עובד זכאי לזקוף עד 8 ימי היעדרות בשנה על חשבון ימי המחלה הצבורים שלו בגין מחלת ילדיו שמתחת לגיל 16. עובד שהוא הורה לילד או בוגר עם לקות (פיזית, נפשית או שכלית) קבועה זכאי ל-18 ימי היעדרות בשנה (במקרים מסוימים עד 36 ימים) על חשבון ימי מחלתו או חופשתו לצורך מתן סיוע אישי לילדו. בנוסף, העובד במשרה מלאה זכאי להיעדר מעבודתו עד 52 שעות בשנה לצורך מתן סיוע אישי, שמחייב היעדרות, לבנו או בתו עם מוגבלות ולקבל תשלום כאילו עבד בשעות ההיעדרות. יודגש כי שעות אלה מוקצות לכל שנה בנפרד ואינן ניתנות לצבירה משנה לשנה. כמו כן הן ניתנות לניצול אך ורק לצורכי סיוע אישי בשל מוגבלות הילד (כולל מחלה הקשורה למוגבלות) אך אינן ניתנות לשימוש לצרכים שאינם נובעים ממוגבלות הילד או קשורים אליה (למשל למחלת הילד שאינה קשורה למוגבלותו). זכות זו ל-52 שעות שנתיות עומדת לכל אחד מההורים לילד עם מוגבלות ובסך הכול עומדות לרשות התא המשפחתי 104 שעות בשנה להיעדרות לצורך סיוע אישי על חשבון המעביד.

המסמכים הנדרשים למימוש הזכות:

1. אישור רופא, המעיד שהילד הוא בעל מוגבלות ונזקק לסיוע אישי בשל מוגבלותו.
2. הצהרת העובד כי נעדר ביום ובשעות הרלוונטיות לשם מתן הסיוע האישי הנ"ל. הצהרה זו תועבר למעביד בתום החודש בו התקיימה ההיעדרות. מודגש כי ההיעדרות נעשית לצורכי ליווי, סיוע או השגחה בקשר לטיפול רפואי או פרא-רפואי.

במקרה בו ניצל העובד את 52 השעות שהוקצו לו או את 18 הימים שהוקצו לו עבור סיוע אישי לילדו, והוא נזקק לשעות ו/או לימים נוספים לצורך סיוע אישי, הוא רשאי להשתמש גם בשעות ובימים (או בחלק מהם) שהוקצו לבן זוגו כחלק מכלל הסל המשפחתי, זאת אם הוא עומד באחד מן התנאים הבאים:

- העובד הוא הורה יחיד.
- האדם עם המוגבלות נמצא בחזקתו הבלעדית של העובד.
- לעובד בן זוג, ובן הזוג לא נעדר מעבודתו (כשכיר) או מעסקו או מעיסוק במשלח ידו (כעצמאי), בשעות, בימים או בחלקי ימים אלה לצורך מתן סיוע אישי לאותו הילד.

**** כל עוד לא מסר העובד הצהרה כנ"ל, המעסיק אינו חייב להכיר בזכויות ימי החופשה שלעיל. שימו לב! אף הסדר אינו יכול להגביל מספר ימים אלו. כלומר, אם המעסיק חתם על הסדר אחר עם מבטח שבו מצוינת מכסת ימים אחרת, על המעסיק להשלים לעובד את מכסת הימים שנקבעה על פי החוק.**

הזכות להיעדר היא באופן יחסי לאחוזי המשרה. כלומר עובד בחצי משרה יהיה זכאי ($52 = 104/2$) ל-52 שעות כפול חצי, כלומר 26 שעות.

אם מספר שעות העבודה משתנה מחודש לחודש יחושב מספר השעות על פי הממוצע החודשי של השעות.

חל איסור פיטורי עובד שנעדר מעבודתו לצורך סיוע אישי וזאת במהלך התקופה בה זכאי העובד לקבל דמי מחלה.

להורה שלו יותר מילד אחד עם מוגבלות אין זכאות למספר כפול של ימי מחלה.

החוק מקנה זכאות להיעדר ממקום העבודה ללא צורך בקבלת רשות מהמעסיק וזאת בניגוד להיעדרות לצורך.

5.4 הנחות ופטורים מהשתתפות עצמית ברכישת תרופות

בכל קופת חולים קיימת תקרת השתתפות שונה, כמפורט בנוסח המעודכן לחוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופ"ח ושב"ן.

עבור אדם המוגדר כחולה כרוני קיימת תקרה חודשית לתשלום דמי השתתפות עבור כל סוגי התרופות (הכלולות בסל הבריאות) שהוא צורך, כולל תרופות שאינן חלק מהטיפול במחלה הכרונית.

שיטת יישום התקרה הינה ממוחשבת בכל קופת חולים (שיטה מצטברת על פיה התשלום נפסק עם ההגעה לתקרה).

שיעור בש"ח של תקרת השתתפות עבור תרופות לחולים כרוניים:

כללית	לאומית	מאוחדת	מכבי
312	315	304	298

5.5 פטור מתשלום אגרות לשירותים רפואיים

מקבלי קצבת נכות פטורים מתשלום השתתפות עצמית עבור שירותים רפואיים שונים בקופות החולים.

רשימת השירותים

- רופאים ראשוניים הם רופאים כלליים (שאינם מומחים) ורופאים מומחים ברפואת משפחה, רפואת ילדים, רפואה פנימית וגינקולוגיה. הביקור אצל רופא ראשוני הוא ללא תשלום השתתפות עצמית.
- רופאים שניוניים הם רופאים מומחים שאינם רופאים ראשוניים, כולל פסיכיאטרים וכן דיאטניות ופודיאטורים.
- מרפאות חוץ הן מרפאות הפועלות במסגרת בתי חולים כלליים (כולל מרפאות בריאות הנפש בבתי חולים כלליים).
- מכונים כדוגמת מכוני הדמיה: רנטגן, אולטרסאונד, רפואה גרעינית, טומוגרפיה ממוחשבת (CT), אקוקרדיוגרפיה, MRI; מכוני אבחון: EEG, EMG, אודיומטריה, ארגומטריה; מכון לגסטרואנטרולוגיה ומכון להפרעות בשינה.

תהליך מימוש הזכות

הפטור עבור השירותים ניתן באופן אוטומטי, בהתאם לרשימות המועברות מהמוסד לביטוח לאומי לקופות החולים.

5.6 סיוע במימון מזון תרופתי ייעודי לחולים הזקוקים לתזונה מיוחדת

קופות החולים קבעו סכום קבוע בתקרה למזון רפואי הכלול בסל. כל סכום מעבר לתקרה זו יסופק בידי קופת החולים ללא תשלום.

מי זכאי

תושב המבוטח בביטוח בריאות ממלכתי, הזקוק למזון תרופתי ייעודי, אם סוג המזון הוא בסל הבריאות בהתוויה למחלתו, והמזון ניתן לו על-פי מרשם של רופא או דיאטנית קלינית.

תהליך מימוש הזכות

התקרות יחושבו כך שבאופן אוטומטי, מבוטח המקבל מהקופה מזון תרופתי הכלול בסל לא יידרש לשלם השתתפות עצמית מעבר לתקרה.

להלן טבלה עם פירוט תקרות התשלום בקופות השונות נכון למאי 2017.

קופת חולים	סך התקרה החודשית למבוטח
שירותי בריאות כללית	706 ש"ח
קופת חולים לאומית	704 ש"ח
מכבי שירותי בריאות	682 ש"ח
קופת חולים מאוחדת	704 ש"ח

סיוע במימון המזון התרופתי שאינו בסל

נוסף לסוגי מזון תרופתי ייעודי שבסל הבריאות, קיימים מספר סוגי מזון שאינם בסל אך נמכרים במחיר מוזל בסבסוד משרד הבריאות ואותם ניתן לרכוש בבתי מרקחת או בחנויות.

חולים, המוכרים ומטופלים על-ידי המחלקה לשירותים חברתיים, וזקוקים לתזונה מיוחדת בשל מחלתם, עשויים לקבל סיוע במימון מזון תרופתי ייעודי.

המחלקה לשירותים חברתיים תשתתף בסכום אשר לא יעלה על 90% מההוצאה עבור המזון התרופתי והמשפחה תשתתף בלא פחות מ-10% מעלות ההוצאה.

הסיוע הניתן הוא בסך 216 ש"ח בחודש (נכון לשנת 2018) ומותנה בתשלום השתתפות עצמית.

מימוש הזכות

יש לפנות לעובד הסוציאלי במחלקה לשירותים חברתיים ולמלא טופס שיינתן על ידו. לבקשה יש לצרף אישורי הכנסה של המשפחה, אישור רופא על המחלה והמינון הנחוץ לחודש, חשבונית מס/קבלה על רכישת המזון. כמו כן ניתן לפנות לעמותות המסייעות ברכישת תרופות שאינן בסל.

5.7 ביטוח סיעודי

פיצוי במסגרת ביטוח סיעודי גם לחולי דושן ובקר.

חברות הביטוח דוחות בעקביות תביעות של חולי דושן לקבל פיצוי במסגרת ביטוח סיעודי. מתברר כי הדחייה אינה הכרח המציאות ויש דרך לקבל כסף מחברות הביטוח גם במקרים אלו.

ישנם עורכי דין המתמחים בהגשת תביעות נגד חברות הביטוח על מנת לחייב את החברות לשלם

פיצוי כספי חודשי במסגרת פוליסות ביטוח סיעודי גם לילדים שסובלים ממחלת דושן ובקר. מרבית האוכלוסייה במדינת ישראל מבטחת בביטוח סיעודי, אם בפוליסה פרטית, אם במסגרת פוליסה קבוצתית במקום העבודה ואם במסגרת הביטוח הסיעודי של קופות החולים. ביטוח סיעודי הוא ביטוח שנותן פיצוי כספי חודשי למי שנמצא במצב סיעודי. עד לאחרונה טענו חברות הביטוח שחולה דושן לא עונה על ההגדרות המחייבות לקבלת פיצוי סיעודי על פי הפוליסה ודחו את הרוב הגדול של התביעות שהוגשו להם. ניתן לקבל מידע ופרטים מעו"ד יוסי כהן במייל Cohen.Y@df-law.co.il או בטלפון 050-6303909.

5.8 תוספת קצבה למונשמים

מקבלי קצבת שירותים מיוחדים הזקוקים למכונת הנשמה בכל שעות היממה עשויים להיות זכאים לתשלום תוספת לקצבה. שיעור התוספת הוא 1,823 ש"ח (נכון לשנת 2018). התוספת מחליפה את הגמלה ששולמה לזכאים על-ידי משרד הרווחה והשירותים החברתיים.

מי זכאי

"נכה מונשם" המקבל קצבת שירותים מיוחדים בשיעור הגבוה (188%). מקבל קצבה מופחתת בשל הכנסותיו יהיה זכאי לתוספת, אם נקבע כי הוא תלוי לחלוטין בעזרת הזולת.

הגדרת "נכה מונשם"

"נכה מונשם" מוגדר כמי שזקוק באופן רצוף, בכל שעות היום והלילה, למכונת הנשמה המחליפה את הפעולה הטבעית של הנשימה. בהגדרת "נכה מונשם" לא נכללים מי שזקוקים למחוללי חמצן (כגון bipap, c-pap) או למכשירים המסייעים לנשימה העצמונית, אלא רק מי שזקוקים למכונה שהפסקת פעולתה ללא טיפול מיידי תפסיק את פעולת הנשימה ותסכן את חייהם.

תהליך מימוש הזכות

למי שעדיין אינו מקבל קצבת שירותים מיוחדים, הזכאות לתוספת תיבחן בעת הגשת התביעה לקצבת שירותים מיוחדים. אם מקבל קצבת שירותים מיוחדים שמונשם במכונת הנשמה אינו מקבל את התוספת, ניתן לבקש בדיקת זכאות לתוספת באמצעות טופס בקשה לבדיקה מחדש למקבל קצבת שירותים מיוחדים.

נספח 8 בקשה לבדיקה מחדש למקבל קצבת שירותים מיוחדים.

יש לצרף לבקשה מכתב מהרופא המטפל (כולל רופא המשפחה) ובו פרטים לגבי:

- האבחנה.
 - האינדיקציה להנשמה.
 - סוג המכונה.
 - תאריך תחילת ההנשמה הקבועה.
- המסמכים יועברו לרופא מוסמך לצורך קביעת זכאות ללא צורך בנוכחות.

במקרים שבהם המסמכים אינם ברורים או מספקים, ייתכן שייערך ביקור בית לצורך אימות הנתונים. על-פי ההחלטה של הרופא המוסמך, פקיד התביעות יקבע אם מדובר ב"נכה מונשם" ובהתאם לכך, אם קיימת זכאות.

ערעור

על הקביעה כי אדם אינו "נכה מונשם" ניתן לערער לבית הדין האזורי לעבודה.

5.9 סדים

סדים קשיחים עם או ללא צירי קרסול שומרים על מפרק הקרסול וכף הרגל במנח ניטרלי ושמירה על אורך השרירים הפועלים על מפרקי הקרסול וכף הרגל על ידי מתיחה רציפה שלהם. הסדים הם חלק בלתי נפרד מהטיפול השיקומי או המשמר. שמירה עם סדים על המנחים של כפות הרגלים מונעת ניתוחים אורתופדיים מיותרים.

מי זכאי

תהליך הפנייה

1. תיאום הביקור אצל "הגורם המקצועי המורשה" יתבצע באמצעות המוקד לזימון תורים של מכון לואיס בטלפון 037575660.
2. ההורה צריך להביא את כל המידע הרפואי הכולל אבחנה מדויקת ומידע רפואי רלוונטי, מכתב הפניה ממומחה באורטופדיה, נוירולוגית ילדים או שיקום או מפיזיותרפיסט.
3. **חתימה ראשונה – הרופא או מורשה מכון לואיס יבדוק את הילד ויקבע האם עומד בתנאים** לזכאות לסדים, ימלא טופס המלצה והזמנה וימסור למשפחה את הטופס בצירוף רשימת בתי המלאכה המורשים לביצוע הסד.
4. **חתימה שנייה – לאחר שבית המלאכה יסיים ויתאים את הסדים על ההורה להגיע שוב עם ילדו** לרופא המורשה מטעם מכון לואיס לבדיקה האם הסדים נעשו על פי המלצתו ויפקח שאין לחץ על כפות הרגליים בעת הלבשת הסדים.

5.10 טיפולי שיניים

שמירה על בריאות הפה הינה חשובה ביותר כדי להפחית את הזיהומים השונים בפה וגם זיהומי ריאות, במיוחד דלקות ריאות. ההמלצה היא שיש לבצע את כל טיפולי השיניים עם חומרי הרדמה מועטים ככל האפשר במקביל לשמירה על הנוחות המירבית של המטופל.

הרדמה מקומית

בהרבה טיפולי שיניים משתמשים בהרדמה מקומית שניתנת בזריקה. חומרי הרדמה המקובלים לשימוש במקרים האלו הינם Novocaine or Lidocaine. חומרי הרדמה מקומיים האלו מחשבים כבטוחים לשימוש בלוי דושן.

בכל מקרה מומלץ להתייעץ לפני הטיפול עם הנוירולוג המטפל.

שימוש בחמצן

הרבה מטופלים מודאגים מהשימוש בחמצן. השימוש אינו מהווה סכנה כאשר מדובר במצב של חולה המתהלך עדיין עם תפקודי ריאות תקינים. הסכנה מתחילה כאשר מתכוונים להשתמש בחמצן כדי לטפל בהיפוונטילציה של מטופל הרתוק לכיסא גלגלים עם פעילות ריאות ירודה. שימוש בחומרי הרדמה נדיפים (למשל Halothane, Isoflurane, Seroflurane) יכול להוביל לסיבוכים.

יחד עם זאת **חמצן דו חנקני או "גז צחוק"**, שמשמשים בו במרפאות השיניים, למרות שהוא נדיף, הוא מקובל ובטוח לשימוש ברפואת שיניים, בחירום ובאשפוז אמבולטורי. לאחר שימוש בתחמוצת החנקן מטופלים בד"כ נושמים חמצן במשך דקה שתיים כדי להוציא את שאריות הגז ממערכת נשימה. החמצן שבו משמשים הינו מעורבב עם אויר רגיל והוא מרוכז כ-100%, ולכן בטוח לשימוש לחולי דושן.

לצורך קבלת טיפולי שיניים הדורשים הרדמה כללית בחולי דושן הרתוקים לכיסא גלגלים עם תפקודי ריאות ירודים מומלץ לקבל את הטיפול בבית חולים או במרכז רפואי אחר בו יש רופא מרדים ומכשור מתאים על מנת לעקוב אחרי מצב נשימתי ולבבי של המטפל כדי למנוע מצבי חירום פוטנציאליים.

חולי דושן הרתוקים לכיסא גלגלים הינם בעלי שרירי נשימה חלשים יותר. עם התקדמות המחלה מתגבר הקושי להשתעל ולקחת נשימה עמוקה. עד לנקודה מסוימת הנשימה הרדודה יכולה לספק לגוף אספקה סבירה של חמצן והוצאה סבירה של דו-תחמוצת הפחמן. שיווי המשקל העדין הזה מתחזק ושומר על יכולת הנשימה. כאשר ניתנת מנת חמצן עודפת האיזון הזה נהרס. מערכת הנשימה יכולה "להסיק" שיש מספיק חמצן במערכת ולהוריד את ביצועי הנשימה, מה שעלול לגרום להצטברות של דו תחמוצת הפחמן לרמות מסוכנות (תופעת hypercapnia).

בכל פנייה למרפאת שיניים יש לעדכן את הרופא כי מדובר בחולה דושן ולהתייעץ לגבי הנחיות מתאימות עם הנויולוג המטפל.

מצורף מידע אודות מרפאות שיניים מתאימות ומונגשות ופרטיהן:

מרפאות ניידות שנטיב בע"מ: מרכז רפואי רב תחומי

המרפאות הניידות הראשונות מסוגן בישראל ומזה כ-20 שנה משרתות אוכלוסייה של נכים, קשישים ורתוקי בית בכל הגילאים. הניידות מצוידות היטב וערוכות לביצוע כל סוגי טיפולי השיניים כמו במרפאה רגילה כולל צילומי רנטגן, דיגיטלי ופנורמי.

כתובת: רש"י 22, רמת גן, מיקוד 52560.

טלפון: 03-6130488, 050-5404952; פקס: 03-6123279.

שעות קבלה: א'-ה' 09:00 - 19:00, ו' 09:00 - 14:00.

דואר אלקטרוני: shentiv@bezeqint.net

אתר אינטרנט: <http://www.Shentiv.com>

מרפאות נוספות המותאמות לאנשים עם צרכים מיוחדים

1. **מרפאת יד שרה** - <http://www.Shentiv.com>

כתובת: בית יד שרה, שד' הרצל 124, קריית ויינברג קומה 3, בית הכרם ירושלים, מיקוד 9618722.

טלפון: 02-6444644; פקס: 02-6444564. **דוא"ל:** info@yadsarah.org.il

שעות קבלה: א'-ג' 09:00-14:00 ב' 09:00-17:00 ד' 09:00-13:00 ה' 09:00-16:00.

סוג מוגבלות: מרותקים לביתם מגיל 18 ומעלה.
ניתן לפנות טלפונית או לגשת לסניף יד שרה הקרוב למגורים.

2. **מרפאת שיניים לובה סלום (ע"ר)**

במרפאת שיניים ניתנים טיפולי שיניים לבעלי צרכים מיוחדים מגיל לידה.
כתובת: רחוב בר אילן 22, ירושלים, מיקוד 95348.
טלפון: 02-5000316; פקס: 02-5002316. דוא"ל: lubaslome@gmail.com

3. **מרפאת שיניים ע"ש טרודי בירגר**

מרפאה המספקת שירות של טיפול שיניים לילדים נזקקים והדרכה בבריאות השן, לא כולל יישור שיניים. השירות ניתן ללא תשלום, רק על פי הפניה של הלשכה הסוציאלית לבעלי זכות סוציאלית.
כתובת: רחוב מקור חיים 29, תלפיות ירושלים מיקוד 93465, ת.ד. 53334.
טלפון: 02-6783101, 02-6783144; פקס: 02-6784737. דוא"ל: hana/halaly@dental-dvi.org.il
שעות קבלה: א'–ה' 08:00 – 13:30 (לבד מימי ד', ו').
אתר אינטרנט: <http://www.dental-dvi.org.il>

4. **מרפאת שיניים חסדי יצחק**

מספקת טיפולי שיניים, טיפולי שורש, שתלים, אורתודנטיה ופרודונטיה ומתאמת גם לפציינטים בכיסא גלגלים. עושים שימוש בגז צחוק ובחומרים מיוחדים החוסכים קידוחים.
הפנייה למזכירות המרפאה תוך הצגת מידע רפואי רלוונטי.
כתובת: רחוב תחכמוני 30, מקור ברוך ירושלים, ת.ד. 6851.
טלפון: 02-5381820 (שלוחה 1); פקס: 02-5385304. דוא"ל: jchc@bezeqint.net
מתאים לכלל סוגי המוגבלויות ולכל הגילאים.

מרפאות המספקות הרדמה כללית

1. **המחלקה לרפואת שיניים לילדים ולילדים בסיכון גבוה – בית חולים הדסה עין כרם**

מרפאה שנועדה לתת אבחון והדרכה למניעת מחלות הפה והשיניים ולהעניק טיפול בכל הצרכים הדנטליים באמצעים החדשניים ביותר.
אופן קבלת השירות – פנייה למזכירות ולמרפאות השירות של המחלקה.
מסמכים דרושים – במקרה של ילדים שאינם בריאים נדרש סיכום מחלה או מכתב מרופא מטפל.
תשלום ואפשרויות תשלום – אין השתתפות של קופת חולים בטיפולי שיניים למעט טיפולים אצל פרופסור טל שפירא 02-6778341 (ולמעט מקרים שישנה הצדקה רפואית להרדמה מלאה – נדרש טופס התחייבות של קופות החולים).
כתובת: בית חולים הדסה עין כרם, הפקולטה לרפואת שיניים, עין כרם, ירושלים.
טלפון: 02-6776168, 02-6777635; פקס: 02-6416067.
סוג מוגבלות: כולם.
גיל: לידה ועד 15.

2. רפואת השיניים בבית איזי שפירא

המרפאה מעניקה שירותי טיפולי שיניים ובריאות הפה מקיפים לאנשים עם מוגבלויות מתוך מגמה לשפר את איכות החיים של אוכלוסייה זו ולהקנות לה כלים לשמירה על בריאות הפה. במרפאה ניתנים כל סוגי הטיפולים הקיימים ברפואת השיניים.

לכל מטופל נבנית תוכנית טיפול על פי צרכיו ויכולותיו. התוכנית מתואמת עם המשפחה או עם המטופל עצמו.

המרפאה מטפלת בילדים ובמבוגרים עם מוגבלויות קלות עד מורכבות. במרפאה צוות מיומן ומנוסה בטיפול באוכלוסייה עם צרכים מיוחדים. במידת הצורך נעשות פגישות הסתגלות לפני הטיפול עצמו. הצוות כולל מומחים במספר תחומים.

המרפאה נגישה ומותאמת במיוחד מבחינת איבזור וציוד.

כתובת: בית איזי שפירא, רחוב איזי שפירא, רעננה, מיקוד 4341801, ת.ד. 29.

טלפון: 09-7701208; פקס: 09-7701616. דוא"ל: dental@beitissie.org.il

אתר <http://www.beitissie.org.il>

ניתן לפנות באופן עצמאי. למידע ותיאום תור יש להתקשר למזכירת המרפאה 09-7701208.

מסמכים דרושים – יש להביא סיכום מידע רפואי עדכני לבדיקה הראשונה.

התשלום הוא פרטי. במידת הצורך נעשית הפניה לקרנות לעזרה במימון הטיפול.

3. רפואת שיניים לחולים בסיכון גבוה – בית חולים ברזילי

מספקת טיפולי שיניים לילדים ולמבוגרים בעלי צרכים מיוחדים ולחולים בסיכון גבוה: עזרה ראשונה, טיפולים תחת סדציה (תרופת הרגעה וגז צחוק) וטיפולים במסגרת הרדמה כללית. הטיפולים מבוצעים ע"י מומחים לרפואת שיניים ומותאמים לכלל סוגי הלקויות מגיל 6 חודשים ומעלה.

כתובת: רחוב הסתדרות 2, בית חולים ברזילי אשקלון, מיקוד 78278.

טלפון: 08-6745856, 08-6745854; פקס: 08-6745238.

שעות קבלה: א'–ה' 08:30–15:30

אתר אינטרנט <http://www.barzilaimc.org.il>

4. היחידה לרפואת שיניים לילדים חולים ומורכבים – בית חולים תל השומר

נותנת מענה דנטלי ראשוני לצרכים משמרים לאנשים עם צרכים מיוחדים.

ניתנים טיפולים מונעים ע"י שיננית, טיפולי שורש, טיפולים כירורגים, טיפולים פריודנטליים, אורטודנטית ליישור שיניים. הטיפולים ניתנים בהתאם לצרכי המטופל עם גז צחוק, טשטוש או הרדמה כללית. מתאים לכלל סוגי המוגבלות בכל הגילאים.

כתובת: תל השומר המכון לרפואת הפה, השיניים והלסתות, רמת גן.

טלפון: 03-5302686. דוא"ל: dentalsheba@sheba.health.gov.il

6. חינוך

הורים לילדים בגיל הרך (לידה עד 3) המחפשים מסגרת מתאימה שתענה על צורכי הילד. המשפחה יכולה למצוא מסגרת כזו באופן פרטי (משפחתון, מטפלת) או לחלופין, לפנות למשרד הרווחה ולבקש סיוע בשילוב במעון יום רגיל, או השמה במעון שיקומי.

במעון היום ניתן לקבל סייעת אישית שתלווה אותם לא יותר מ 4 שעות מדי יום.

במעון השיקומי ניתנים טיפולים אינטנסיביים המותאמים לצורכי הילד ומקדמים אותו לתפקוד טוב יותר בעתיד.

למעון יום שיקומי זכאי ילד המקבל קצבת נכות מביטוח לאומי, ילד שאובחן עם מוגבלות שכלית התפתחותית, או בעקבות החלטה של גורם מוסמך מטעם משרד הבריאות אשר קבע בצורך במעון שיקומי.

6.1 חינוך לגילאי 3-21

שילוב ילד עם צרכים מיוחדים במסגרות חינוך רגיל

חוק השילוב – מאפשר לילדים עם צרכים מיוחדים להשתלב במסגרת חינוך רגילה, בעזרת תוספת שעות הוראה ושירותים מיוחדים. תלמיד יוכל להשתלב במסגרת חינוך רגילה עם בני גילו, בתנאי שתוכנית השילוב (תמיכה מסוג הוראה ולימוד) הנדרשת עבורו מחוץ לכיתה הרגילה לא עולה על שלוש מסך שעות הלימוד של הכיתה.

בכל מחוז קיים מת"א (מרכז תמיכה ישובי /איזורי) המהווה מסגרת ארגונית ליישום חוק חינוך מיוחד המאגד תחת קורת גג אחת את משאבי החינוך המיוחד ליישום החוק ותוכנית השילוב.

סוגי התמיכה הניתנים במסגרת השילוב:

תמיכה מסוג הוראה ולימוד – תמיכה זו ניתנת על-ידי עובדי הוראה מתחום החינוך המיוחד, מטפלים פרא-רפואיים ומטפלים ביצירה והבעה. תמיכה זו ניתנת לילדים שזקוקים לתמיכה רגשית, פיתוח יכולות לימודיות וחברתיות ולהבניה שיטתית יותר של תוכנית הלימודים הנלמדת על-ידי בני ובנות גילם.

תמיכה מסוג התאמות – עיקרה של תמיכה זו היא שינוי והתאמת הסביבה: רמפה, מעלון, כיסא מותאם, אייפד. לעיתים נדרש יותר מסוג תמיכה אחד בו זמנית.

תמיכה וליווי של סייעת – החלטה על מתן סיוע וליווי על-ידי סייעת ומספר השעות שיוקצו לשם כך תיעשה בהתאם לדרגת התפקוד שתיקבע לילד, בהסתמך על קריטריונים מפורטים שקבע משרד החינוך. האישור הסופי לקבלת הסייעת ושעות הליווי יינתן רק עם תחילת שנת הלימודים, שכן החלטה זו נעשית על-ידי משרד החינוך ואינה בסמכות בית הספר.

מי זכאי

- ילדים מגיל 5 עם לקות משמעותית ובעיות תפקוד קשות העומדים בשני התנאים הבאים:
- ללא תוספת לימוד של מורים המתמחים בחינוך מיוחד, טיפולים מיוחדים ו/או עזרים מסייעים – לא יוכלו להשתלב בחינוך הרגיל.
- זכאותם אושרה על-ידי ועדת שילוב.

תהליך מימוש הזכות

תחילה יש לעבור ועדת שילוב לאישור זכאותו של הילד לתמיכה. בהמשך, צוות רב מקצועי של בית הספר או הגן ירכיב, בשיתוף ההורים והילד, תוכנית חינוכית יחידנית (תח"י), אשר תתאים לצרכיו וליכולותיו של הילד.

את גיבוש התוכנית חייב הצוות להשלים עד חודש לאחר תחילת שנת הלימודים.

תקופת הזכאות לשילוב

זכאותו של תלמיד שעבר ועדת שילוב נשמרת לתקופה של עד שלוש שנים באותה מסגרת חינוכית. במקרים הבאים יש לקיים ועדת שילוב נוספת גם אם לא עברו שלוש שנים:

- במעברים מגן חובה לכיתה א', מכיתה ו' לחטיבת ביניים ומחטיבת ביניים לתיכון.
- כאשר צוות בין מקצועי של בית הספר ממליץ על הערכה מחודשת של צורכי התלמיד.
- במקרה שהתלמיד עבר ללמוד בבית ספר אחר באותה רשות או עבר להתגורר ברשות אחרת, זכאותו תהיה תקפה רק למשך אותה שנת לימודים.

6.2 השמה במסגרות החינוך המיוחד

ועדות ההשמה פועלות ברשויות המקומיות מכוח חוק חינוך מיוחד במטרה לקבוע האם ילד עם צרכים מיוחדים צריך ללמוד במסגרת של החינוך המיוחד.

על-פי החוק, יש לתת עדיפות ככל הניתן להשמתו של תלמיד במסגרת החינוך הרגיל, תוך מתן מענה לצרכיו במסגרת זו. רק לאחר מיצוי כל אפשרויות ההתערבות במסגרת הרגילה, יש לשקול, במידת הצורך, את הפניית התלמיד לדיון בוועדת ההשמה.

ועדות ההשמה אמורות להתקיים עד 15 ביוני. מומלץ להורים לוודא שהזמינו אותם לוועדה.

אוכלוסיית יעד ותנאים מקדימים

ילדים עם צרכים מיוחדים בגילאי 3-21 שמתקיים לגביהם אחד מאלה:

- לקראת מעבר בין חטיבות הגיל (גן-יסודי, יסודי-חטיבת ביניים, חטיבת ביניים-חטיבה עליונה).
- קיים שינוי משמעותי באבחנה שלהם וברמת תפקודם.

תלמיד הלומד במסגרת של החינוך הרגיל יופנה לוועדת ההשמה רק לאחר שמוצו כל הדרכים לשלבו, כלומר התקיימה ועדת שילוב מוסדית בעניינו, נבנתה עבורו תוכנית חינוכית יחידנית (תח"י) ותועד תהליך היישום של התוכנית. תוכנית שילוב של תלמידים בעל צרכים מיוחדים בחינוך הרגיל קובעת כי תינתן שנה של מיצוי אפשרויות בחינוך הרגיל ולאחריה שנה של תמיכה מתוכנית השילוב, בטרם יופנו התלמידים לוועדת ההשמה.

תלמיד עולה חדש לא יופנה לוועדת ההשמה עד שנתיים מיום עלייתו, אלא אם הוריו מבקשים זאת ויש בידיהם מסמכים עדכניים וקבילים מארץ המוצא שלו, או שאפשר להוכיח שיש לו לקות משמעותית המשפיעה על הישגיו הלימודיים.

שלבי התהליך

הפניית תלמיד לוועדת ההשמה נעשית על-פי החלטת המסגרת החינוכית בה הוא נמצא, ההורים או כל גורם טיפולי אחר.

ברוב המקרים הפנייה חייבת להתבצע עד אמצע חודש אפריל.

על הגורם המפנה לנסח בכתב את בקשתו לדיון בוועדת ההשמה ולהפנות אותה אל יו"ר הוועדה במחלקת החינוך של הרשות המקומית. הצוות המקצועי של הגן או בית הספר בו לומד הילד ימלא שאלון הפניית תלמיד לוועדת השמה. בשאלון יתוארו תפקודו הלימודי, החברתי וההתנהגותי של הילד, וכן הפעולות שנעשו כדי לקדמו ומידת השפעתן. ההורים יתבקשו לקרוא ולחתום על השאלון ועותק ממנו יימסר להם.

הפניית ההורים להערכה ואבחנה של הלקות:

ניתן להפנות את התלמיד לפסיכולוג מטעם השפ"ח המקומי. תוצאות האבחון יימסרו להורים על-ידי הפסיכולוג שביצע את הבדיקה, והם יכולים לדרוש את סיכום האבחון בכתב. הורים רשאים לערוך לילד אבחון פרטי, ובלבד שייעשה על-ידי פסיכולוג חינוכי מומחה, הנמצא בפנקס הפסיכולוגים של משרד הבריאות, במחלקה למקצועות רפואיים, רח' יפו 157 ירושלים, טלפון: 6217348-02. (ניתן לבדוק אם שם מסוים מופיע ברשימה באתר משרד הבריאות). ניתן לדון בהשמתו של ילד עם מוגבלות שכלית בהתבסס על קביעה של ועדה לאבחון מוגבלות שכלית התפתחותית (פיגור שכלי). ההורים יקבלו זימון לוועדת ההשמה בדואר רשום לפחות 16 ימים לפני הדיון. אם ההורים חיים בנפרד, יש להזמין את ההורה שהילד נמצא במשמרתו, וליידע גם את ההורה השני (במידה שכתובתו ידועה). סיכום הדיון והחלטת הוועדה יעשו על-ידי חברי הוועדה ללא נוכחות ההורים. בהחלטה, אשר צריכה להתקבל ברוב קולות, תקבע סוג המסגרת אליה יופנה הילד. קביעת המסגרת הספציפית אליה ישובץ הילד נעשית ע"י ועדת שיבוץ, אליה לא מוזמנים ההורים. לכן, אם קיימת מסגרת מסוימת אותה מעדיפים ההורים, עליהם לציין את שמה במהלך הדיון בוועדת ההשמה. הודעה בכתב תימסר להורים תוך 21 יום מקבלת ההחלטה. לילדים שהופנו למסגרת של החינוך המיוחד נערך מדי שלוש שנים דיון חוזר בוועדת השמה, אותו יוזם המוסד החינוכי. גם לדיון זה יש להזמין את ההורים. דיון חוזר יכול להתקיים גם לאחר תקופה של פחות משלוש שנים. הורים רשאים לבקש את כינוסה של ועדת ההשמה, אם יש בידם מידע חדש הקשור במצבו של ילדם, בתנאי שחלפה שנה ממועד ההחלטה הקודמת בעניינו.

ועדת הערר

ניתן להגיש ערעור תוך 21 יום מקבלת ההחלטה של ועדת ההשמה בפני ועדת ערר. הרכב חברי הוועדה יהיה שונה מהרכב חברי ועדת ההשמה, והיא תדון מחדש בהשמתו של הילד. ועדת הערר יכולה:

- לקבל את הערר ולשנות את החלטת ועדת ההשמה,
- להחזיר את העניין לוועדת ההשמה לדיון נוסף, עם הוראות או בלעדיהן.
- לדחות את הערר.

החלטת ועדת הערר הינה סופית.

הסיכום וההחלטה ייעשו בלא נוכחות ההורים, והחלטה בכתב תימסר להורים תוך עשרה ימים. שירותים שונים לתלמיד בחינוך המיוחד – כל הטיפולים ניתנים לתלמיד במסגרת החינוכית בה הוא לומד, ואין הם באים לגרוע ממתן השירותים על פי חוק:

- הארכת שנת הלימודים בחופשת הקיץ ובחופשות החגים.
- יום לימודים ארוך.
- מספר מצומצם של תלמידים בכיתה או בגן.
- שירותי הסעה.
- שירותי הזנה.
- טיפולים פרא רפואיים (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת וטיפול רגשי). סוגי הטיפולים, מסגרת הטיפול ומספר השעות בשבוע לכל תלמיד ייקבעו על ידי הצוות הרב מקצועי.
- שירותים פסיכולוגיים.
- שרותי סיעוד.
- שירותים סוציאליים.
- שעות העשרה.

6.3 מעבר מהחינוך המיוחד לחינוך הרגיל

מעבר של תלמיד ממסגרת של חינוך מיוחד למסגרת של חינוך רגיל אינו מצריך דיון בוועדת השמה. ההחלטה על המעבר תתקבל ע"י הצוות הרב מקצועי של המוסד שהתלמיד לומד בו, על בסיס חוות דעת חינוכית, פסיכולוגית ומקצועית אחרת – בהתאם לצורך. ההחלטה טעונה אישור של המפקח על החינוך המיוחד ושל המפקח הכולל, בתיאום עם רשות החינוך המקומית. ההחלטה מותנית בהסכמה בכתב של ההורים.

6.4 זכאות להסעות

ילד עם מוגבלות בגיל 3-21 זכאי להסעה ממקום מגוריו אל מוסד החינוך אליו שובץ ובחזרה. האחריות לארגון ולביצוע ההסעות על הרשות המקומית. הזכות להסעה חלה גם בימי פעילות שאושרו לבית הספר בפגרת הקיץ ובחופשות החגים.

מימוש הזכות

מחלקת החינוך ברשות המקומית.

מי זכאי

1. תלמידים בני 3-21 לאחר וועדת השמה בכל סוגי המסגרות – מעל 2 ק"מ.
2. פעוטות מגיל חצי שנה עד 3 שנים המקבלים קצבת ילד נכה.
3. תלמידים נכים הלומדים בבית ספר רגיל ועקב נכותם אינם מסוגלים להגיע בכוחות עצמם זכאים להסעה ללא קשר למרחק.

הזכאות

החוק קובע זכאות "להסעה ממקום מגורים למוסד החינוכי וממנו" – אין זכאות להסיע ילד מצהרון או ממסגרת המשך.

במידה שכל ההורים משאירים את הילדים בבית הספר לפעילות נוספת לאחר סיום הלימודים, ניתן לבקש שההסעות יגיעו בתום הפעילות, אך אין בכך כדי לחייב את האחראי על ההסעות. הרשות המקומית שבתחום שיפוטה גר הילד אחראית לארגון ההסעות ומשרד החינוך משתתף במימון.

אם להורים אין מענה מהרשות המקומית ניתן לפנות לאחראי ההסעות המחוזי ולאחריו לאחראי הארצי במשרד החינוך. מומלץ לפנות בכתב.

שיבוץ במסגרת ברשות מקומית אחרת – נחשב כהסעה מיוחדת ויש צורך בפירוט נימוקי ההחלטה בפרוטוקול הישיבה והפניה לאחראי הסעות מחוזי.

אם הילד אינו לומד ביישוב בו מתגורר, יש לקיים ועדת שילוב בבית הספר ביישוב ולציין בפרוטוקול כתוב את סיבת אי ההתאמה למסגרת הספציפית. על סמך פרוטוקול זה ניתן יהיה לפנות למפקחת האיזורית ולבקש השתתפות הרשות בהסעת התלמיד למסגרת מחוץ ליישוב.

רשות מקומית המסיעה ברכב אחד 5 ילדים (או יותר) עם מוגבלות, תדאג להסעתם ברכב בטיחותי המתאים לסוג המוגבלות.

לאור הקושי הרב בהסעת תלמידים עם מוגבלות, הוחלט על תקנות המתייחסות לזכאות לליווי בהסעות. הליווי יעשה ע"י מבוגר נוסף, מלבד הנהג, אשר מועסק כמלווה או מתנדב שאושר לכך ע"י ארגון ציבורי.

6.5 חינוך בזמן מחלה

חוק חינוך חנים לילדים חולים מטיל על הממשלה חובה לספק חינוך חנים לילדים מאושפדים ולילדים חולים. ילד חולה הוא ילד שגילו מעל חמש שנים, השווה בבית פרק זמן העולה על 21 ימים רצופים בהמלצת רופא, או בשל מחלה ממושכת.

החינוך יינתן לילד חולה בביתו או במסגרת חינוכית בבית החולים בו מאושפד.

המדינה ורשות החינוך המקומית ישאו בהוצאות חינוכו של ילד חולה.

קדימה מדע

קדימה מדע מפעילה עבור משרד החינוך את תוכנית "שלבים" – שירותי החינוך לילדים חולים בביתם. מטרתה המרכזית של התוכנית היא להבטיח את הרצף החינוכי של התלמידים ולאפשר לתלמידים לשמור במידת האפשר על שגרת החיים והלימודים שלהם גם בעת מחלתם וכן להביא להשתלבות קלה ככל שניתן בלמידה שבקהילה, עם החלמתם.

לכל תלמיד חולה בביתו מותאמת תוכנית חינוכית אישית, הנבנית ע"י צוות מוסמך של קדימה מדע בשיתוף הצוות החינוכי של בית הספר. התוכנית מותאמת לצרכיו של הילד, מצבו הרפואי, סוג החינוך אליו משתייך ותוכנית הלימודים שלו בטרם מחלתו. בהתאם לתוכנית הלימודים שנקבעה, מגיעים מורים מוסמכים מטעם קדימה מדע לבתי התלמידים החולים על מנת להקנות להם את חומר הלימוד ולסייע בהדבקת פערי הידע שנוצרו כתוצאה מההיעדרות מהמסגרת החינוכית.

תלמידי החינוך המיוחד מקבלים גם סיוע חינוכי וטיפולים פרא-רפואיים, בהתאם לזכאותם.

חלק מתוכנית הלימודים יכול להתקיים באמצעות מערכת למידה מרחוק. פתרון זה מאפשר למידה סינכרונית עם מורים און-ליין על ידי חיבור התלמידים החולים בביתם לתשתית טכנולוגית חדשנית.

טופס בקשה לחינוך לילד חולה **נספח 9**

דרכי יצירת קשר

טלפון: 1-800-071-170

מספר פקס: 03-9244493.

שעות המענה הטלפוני: ימים א'-ה' בין השעות 12:30-9:00 ו- 16:00-14:30.

ניתן להשאיר הודעה בכל שעה, או לשלוח פנייה באמצעות הדואר האלקטרוני:

info@kadimamada.org

7. לקראת הבגרות וחיים עצמאיים

7.1 דיור

החברה המודרנית מכירה בזכויות וביתרון של שילוב אנשים עם מוגבלויות בקהילה ובהמשך חיים עצמאיים. לצורך כך קיימות לא מעט זכויות והטבות שעשויות להקל על בעל המוגבלות בתחום הדיור.

7.2 סיוע בתשלום שכר דירה

מקבלי קצבת נכות כללית עשויים להיות זכאים לסיוע בתשלום שכר דירה בשוק הפרטי. גובה הסיוע נקבע לפי הרכב המשפחה: יחידים, זוגות, זוגות עם ילדים או משפחות חד-הוריות.

מי זכאי

המקבל קצבת נכות כללית (בוגר מגיל 18) שנקבעה לו דרגת אי כושר בשיעור של 75% ומעלה והוא חסר דירה.

תהליך מימוש הזכות

על מנת לקבל את הסיוע, יש להוציא תעודת זכאות לסיוע בדיור ע"י רישום באחת מהחברות הנותנות שירותים למבקשי סיוע בשכר דירה. ההרשמה כרוכה בתשלום של 30 ₪. יש למלא "טופס בקשת סיוע בדיור" במשרדי החברה ולצרף את המסמכים המפורטים להלן:

- תעודת זהות + צילום נאמן למקור כולל הספח.
- תעודת זהות של ילדים עד גיל 21, המתגוררים עם מגיש הבקשה.
- על מקבלי קצבת נכות להגיש גם אישור מהמוסד לביטוח לאומי לגבי:
 - קבלת הקצבה בחודש הקודם.
 - סוג הנכות (זמנית, יציבה או קבועה).
 - אחוזי הנכות, דרגת אי-כושר השתכרות, גובה קצבת הנכות לחודש ותאריך תחילת התשלום.
- האם הקצבה כוללת תוספת בגין בן זוג או ילדים.

לאחר ביצוע הבדיקות הנדרשות ינפיק משרד הבינוי והשיכון תעודת זכאות שתועבר למגישי הבקשה באמצעות החברה אליה פנו.

על מנת לקבל את הסיוע הראשון, יש לחתום על כתב התחייבות מול החברה המסייעת ולהציג חוזה שכירות. הזכאות תקפה לשנה מיום הגשת הבקשה לסיוע. על מנת להמשיך ולקבל סיוע בתום תקופת הזכאות יש לחדש את ההרשמה בכפוף להצגת האישורים והמסמכים העדכניים. סיוע מוגדל בשכר דירה אינה פוגעת בזכאות לדיור ציבורי.

7.3 דיור ציבורי לרתוקים לכיסא גלגלים

נכים הרתוקים לכיסא גלגלים שהם חסרי דירה עשויים להיות זכאים לדירה בדיור הציבורי.

מי זכאי

- יחידים שסך הכנסותיהם אינו עולה על השכר הממוצע במשק ויש להם אישור מטעם ועדה רפואית של משרד הבריאות, על פיו נקבע להם אחוז ליקוי של 100% לצמיתות והם מרותקים לצמיתות לכיסא גלגלים.
- בני זוג נשואים חסרי דירה שסך הכנסותיהם אינו עולה על השכר הממוצע במשק, שלאחד מבני הזוג יש אישור מטעם ועדה רפואית של משרד הבריאות, שעל פיו נקבע לו אחוז ליקוי של 100% לצמיתות והוא מרותק לצמיתות לכיסא גלגלים.
- אם אחוז הליקוי שנקבע על-ידי הוועדה הרפואית של משרד הבריאות נמוך מ-100%, הזכאות מותנית באישור מטעם הוועדה הרפואית של משרד הבינוי והשיכון. לשם כך, יש לצרף בתהליך הוצאת תעודת הזכאות לדיוור ציבורי את המסמכים הבאים:
- אישור חתום מטעם הוועדה הרפואית של משרד הבריאות המפרט את אחוז הליקוי של מבקש הסיוע ומידת היותו רתוק לכיסא גלגלים (צמית או לא).
- דוח תפקודי סיעודי עדכני מקופת החולים.
- דוח אורתופד/נוירולוג (בהתאם לליקוי הרפואי של מבקש הסיוע).

אופן מימוש הזכות מורכב משלושה שלבים אלה:

1. הוצאת תעודת זכאות לדיוור ציבורי.
 2. המתנה לדירה בדיוור ציבורי. במהלך תקופה זו מקבלים נכים רתוקים עדיפות ראשונה בסדר הקדימויות לאכלוס דירה מוגשת לנכים. ביישובים בהם יש מחסור בדירות ציבוריות המתפנות מהמלאי, משרד הבינוי והשיכון רוכש דירות עבור זכאים הרתוקים לכיסאות גלגלים.
 3. קבלת דירה בדיוור ציבורי. במהלך מגוריהם בדיוור הציבורי הדיירים זכאים לתיקון ליקויים שונים בדירה.
- תוקף הזכאות לדיוור ציבורי הוא שנתיים, כל עוד לא הפכו הזכאים לבעלי דירה או בעלי חלק בדירה.

7.4 דירות נכסי רכישה (נ"ר) לנכים

משרד הבינוי והשיכון רוכש דירות עבור זכאי דיוור ציבורי, הרתוקים לכיסאות גלגלים ואינם סיעודיים, ביישובים בהם קיים מחסור בדירות מתאימות מתפנות מהמלאי. הזכאים אחראים לאיתור דירה העשויה לשמש כדירת נ"ר ומשרד הבינוי והשיכון אחראי לבדיקתה ולרכישתה עבורם. לאחר מכן מצטרפת הדירה למלאי הדירות בשיכון הציבורי.

מי זכאי

- חסר דירה נכה הרתוק לכיסא גלגלים ועונה על 4 התנאים הבאים:
1. בעל אישור מטעם **ועדת הניידות של משרד הבריאות** על ריתוק בשיעור של 100% לכיסא גלגלים לצמיתות.
 2. על-פי חוות דעת רפואית מטעם משרד הבינוי והשיכון, חייב לגור בקומת קרקע.
 3. הכנסתו אינה עולה על **השכר הממוצע במשק**.
 4. דייר הדיוור הציבורי הרתוק לכיסא גלגלים שהדירה הציבורית שהוא מתגורר בה אינה נגישה לכיסא גלגלים ואינה ניתנת להנגשה על-ידי מעלון/רמפה ו/או ביצוע הרחבות מפתחים בדירה.
- במקרה של **עולה חדש**, קביעת הזכאות ומימושה יהיו באחריות **המשרד לקליטת העלייה**.

מרותק לכיסא גלגלים שהוצעו לו 4 הצעות לדירות מתאימות **בדיור הציבורי** והוא סירב להן, לא יהיה זכאי לדירת נ"ר.

תהליך מימוש הזכות כולל 4 שלבים עיקריים:

הגשת בקשה לאישור זכאות לדירת נ"ר

- הגשת מסמכים רפואיים, המעידים על מצבו של הזכאי, לאגף האכלוס במשרד הבינוי והשיכון.
- המסמכים יועברו לקבלת חוות דעת מהוועדה הרפואית מטעם משרד הבינוי והשיכון ולקביעה האם מדובר במקרה סיעודי והאם יש הכרח למגורים בקומת קרקע.
- במקרים בהם הזכאות היא בגין **ילד הרתוק לכיסא גלגלים** על המבקש להוסיף:
 - דו"ח סוציאלי הכולל התייחסות לגבי יכולת המשפחה לטפל בילד טיפול ארוך טווח.
 - אישור שהמסגרת החינוכית שבה שוהה הילד אינה כוללת רכיב דיור.

איתור דירת נ"ר

מיד לאחר אישור הזכאות ישלח משרד הבינוי והשיכון לזכאי דף הסבר לגבי התכנית ותנאי מימושה. נוסף לכך, יקבלו זכאי נ"ר את הטפסים הבאים:

- טופס הפנייה לשירותי תיווך – חתום בידי מורשי חתימה.
- טופס הצהרה עבור שירותי תיווך.
- טופס הצהרה של בעל הנכס – נכס ללא תיווך.

איתור הדירה יעשה על ידי הזכאים ובאחריותם.

- לזכאים תינתן תקופה של 120 יום במהלכה יוכלו לאתר דירה מתאימה ולהגיש למשרד הצעה לרכישתה.
- אם בתום התקופה לא אותרה דירה מתאימה מומלץ לפנות למשרד הבינוי והשיכון ולבקש הארכה.
- לאחר איתור דירה מתאימה יחתמו הזכאים על התחייבות להתגורר בדירה שאיתרו, אם תירכש בעבורם.
- בכל מחוז קיים עובד המרכז את הטיפול בזכאי נ"ר, אליו ניתן לפנות לסיוע. בנוסף למתן הכוונה ומענה לשאלות, עובד זה אחראי על קליטת ההצעות והזמנת שמאי ומהנדס.

בדיקת דירת נ"ר

כדי שניתן יהיה לרכוש את הדירה, עליה לעמוד בכל **התנאים** הבאים:

- קבלת אישור ממרפא בעיסוק שהדירה נגישה או ניתנת להנגשה.
- קבלת הערכת שמאי לפיה שווי הדירה אינו נמוך מהמחיר המבוקש.
- מחיר הדירה המבוקש לא יכול לעלות על תקרת המחיר שנקבעה לזכאי.
- קבלת אישור מהנדס כי הדירה ראויה למגורים ומצבה התחזוקתי-הנדסי "סביר" היינו מצבה הפיזי תואם דירת שיכון ציבורי לאחר ששופצה לצורך אכלוס, כלומר לא חסרים בדירה פריטים ואין פגם המפריע לעשות שימוש סביר באחד או יותר מן הפריטים הבאים: דלתות, חלונות, תריסים, תשתיות מים, ביוב וחשמל, כלים סניטריים, ארונות מטבח, ריצוף, איטום גג וקירות, בטיחות.

רכישת דירת נ"ר

תהליך רכישת הדירה כולל משא ומתן וחתימת חוזה עם בעל הדירה, חתימה על כתב העברת רכוש, רישום הזכויות בדירה על שם המדינה והעברתה לחברה מאכלסת.

סדר העדיפות לרכישת דירת נ"ר:

- עדיפות ראשונה – זכאים **הרתוקים לכיסאות גלגלים ממונעים**, על-פי אישור ממשד הבריאות. נכים אלה יקבלו עדיפות ברכישת הדירה בעבורם על פני זכאים אחרים הרתוקים לכיסאות גלגלים.
- עדיפות שנייה – **משפחות עם נכים הרתוקים לכיסאות גלגלים**. במקרים אלה, תינתן עדיפות למשפחות עם מספר ילדים גדול יותר.
- עדיפות שלישית – **יחידים הרתוקים לכיסאות גלגלים**. במקרים אלה, תינתן העדיפות על-פי משך ההמתנה של הזכאי לדירה.

7.5 סיוע בהלוואות לנכים

משרד השיכון מעניק הלוואות בתנאים מועדפים לזכאים. גובה הסכום נקבע על פי מספר פרמטרים, בין היתר: האם מדובר בדירה ראשונה לרכישה, מצב משפחתי, תקופת השירות הצבאי והאם נקבעה נכות. לכל קריטריון קיימת השפעה על חישוב מספר נקודות הזכאות, אשר מתורגמות לסכום הכסף שניתן לקבל.

המשרד מבחין בין סוגי נכויות:

- נכות צמיתה של 75% – נדרש אישור מביטוח לאומי או ממשרד הבריאות/ הביטחון המעיד על שיעור הנכות ועל היותה צמיתה/יציבה.
 - נכים על כיסא גלגלים – נדרש אישור ממשרד הבריאות/ הביטחון על היותם רתוקים או זקוקים לכיסא גלגלים. נכות זו מזכה אותך במספר הנקודות הגבוה ביותר.
- את הבקשה להוצאת תעודת זכאות יש להגיש בסניף של בנק למשכנתאות. אם ניתנת קצבת נכות, היא תילקח בחשבון כחלק מההכנסה המשפחתית לקביעת משכנתא.

7.6 סיוע בהתאמת תנאי דיור למוגבלים בניידות

משרד הבינוי והשיכון מסייע במימון והתאמת דירות ותנאי דיור למוגבלים בניידותם, שהשינויים חיוניים לתפקודם וניידותם בתוך הדירה ובדרכי הגישה לה. הסיוע כולל, בין היתר, הרחבת פתחים והתאמתם למעבר כיסא גלגלים, שינויים בחדרי רחצה ושירותים, התאמות במטבח, בניית שבילי גישה ומשטחי גישה (רמפות) והתקנת מעקות, תמיכות ומעלונים. הסיוע ניתן **בנוסף** לכל סיוע אחר, שהאדם המוגבל בניידות עשוי להיות זכאי לו על-פי תוכניות סיוע אחרות של משרד הבינוי והשיכון.

דיירי הדיור הציבורי זכאים למענק מלא עבור התאמת הדירה. בשאר המקרים, הסיוע מחולק לדרגות, המורכבות ממענק משולב בהלוואה או מהלוואה בלבד. הרכב הסיוע נקבע על-פי מספר הנפשות בדירה, מספר החדרים בדירה והכנסות כל בני המשפחה. פירוט דרגות הסיוע הניתן בהתאם לכל מקרה מופיע **באתר השירותים והמידע הממשלתי**.

מי זכאי

לסיוע זכאי מי שנקבע לגביו על-ידי מוסד רפואי מוכר (בתי חולים, קופות חולים ומסגרות שיקומיות ממשלתיות) אחד או יותר מאלה:

- תנועתו ו/או תפקודו מוגבלים עקב מחלה או פגיעה במערכת מוטורית.
- הוא חולה במחלה מתקדמת (מרותק לכיסא גלגלים, מתהלך בעזרת פרוטזות, מכשירים קביים וכדומה).
- מי שהחליף או שבן המשפחה המטפלת בו החליף את עבודתו למקום עבודה בעיר אחרת, ומתקיימים לגביו שני התנאים הבאים: יש הכרח גם בשינוי מקום המגורים/ מקום המגורים החדש אינו עונה על צרכיו עד כדי פגיעה ביכולת תפקודו היום-יומי.
- מי שקיבל בעבר סיוע במסגרת זו וחלה הרעה במצב בריאותו, ועקב מגבלותיו יש להתאים את הדירה שבה הוא מתגורר או עתיד להתגורר, יהיה זכאי לסיוע נוסף על-פי דו"ח עובד שיקום.
- סיוע בהתקנת מעלון יינתן בתנאי שהזכאי התגורר בבית עוד לפני שהחל להתנהל בעזרת כיסא גלגלים, והמעלון מעניק פתרון בלעדי לבעיית הניידות שלו בבית זה.
- מי שעונים על אחד מהקריטריונים שצוינו לעיל, יהיו זכאים לסיוע, בתנאי שהם גרים באחת מהדירות הבאות, שבה מתוכננת ההתאמה: דירה בבעלותם/ דירה בדמי **מפתח**/ דירה בשכירות **בדיור ציבורי**/ דירה בקיבוץ או במושב/ דירה של קרוב משפחה מהדרגות הבאות: בן/בת, אב, אם, אח/ות, סבא, סבתא, נכד/ה.

לא זכאים:

- מי שבבעלותו דירה, אך הוא מבקש להתאים את דירת קרוביו.
- מי שמבקש סיוע להרחבת דירה ולבנייה עצמית.
- מי שדירתו הותאמה לפני הגשת הבקשה, אלא אם חלה החמרה במצבו.
- מי שבבעלותו יותר מדירה אחת.
- מי שמתגורר בשכירות חודשית פרטית.

אופן מימוש הזכות

הבקשה לקבלת סיוע להתאמת הדירה תוגש עוד בטרם יבוצעו שינויים, שיפוצים או התאמות. **דיירי הדיור הציבורי** יפנו את הבקשה ישירות ל**משרד הבינוי והשיכון**, ללא צורך באישורי הכנסה. דו"ח ההמלצה לשינויים יישלח על-ידי המרפא/ה בעיסוק לחברה המשכנת.

בשאר המקרים, יש לפנות לרופא המשפחה בקופת החולים. הרופא ישלח הפניה אל היחידה להמשך טיפול בקופת החולים, שתתאם מול הפונה ביקור בית של מרפא בעיסוק או עובד שיקום. במקרים מיוחדים המחייבים ביצוע מהיר של השינויים, יש לפנות לעובדת הסוציאלית **בלשכת הבריאות**, שתבדוק ותיתן את אישורה בתיאום עם משרד השיכון. בהמשך, תועבר ההפניה למשרד השיכון באמצעות העובדת הסוציאלית **במחלקה למחלות ממושכות בלשכת הבריאות**, שתלווה את הפונים עד להשלמת התהליך.

את הבקשה מגישים על-גבי טופס בקשה לסיוע בשיפור תנאי הדיור למוגבלים בניידות, שימולא וייחתם ע"י המבקש בשני העתקים. ניתן לקבל את הטופס מהעובדת הסוציאלית בלשכת הבריאות. היא תנחה לגבי מסמכים נוספים שיש לצרף לטופס בהתאם לצורך. הבקשה והמסמכים יועברו ע"י העו"סית למשרד הבינוי והשיכון לצורך בחינה על-ידי ועדה משותפת למשרד הבריאות

ולמשרד השיכון שתדון ותקבע לגבי גובה הסיוע ומרכיביו (מענק והלוואה או הלוואה בלבד). הפונה יקבל מכתב עם החלטת הוועדה אישרה או דחתה את זכאותו. במקרה של דחיית הבקשה, תימסר לידי המבקש החלטה מנומקת על-ידי עובד סוציאלי. ניתן לערער על החלטת הוועדה. מי שיימצא זכאי לסיוע יקבל בדואר תעודת זכאות לסיוע בדיוור הכוללת את סכום ההלוואה שאושר. תעודת הזכאות תהיה בתוקף למשך חצי שנה מיום הוצאתה. ניתן לקבל את ההלוואה בכל בנק למשכנתאות, לפי בחירת המבקש. בעת מסירת תעודת הזכאות לבנק, הזכאי יקבל עד 50% מגובה הסיוע, תמורת התחייבותו לסיים את העבודה בתוך 6 חודשים. לאחר שהמרפא בעיסוק/ עובד השיקום ימצא כי העבודה בוצעה במלואה ולשביעות רצונו, יועברו לזכאי האחוזים הנותרים מגובה הסיוע.

היקף הסיוע :

שינויים פנימיים או חיצוניים בדירה – עד 65,000 ₪ (הרחבת פתחים, שינויים בחדרי רחצה ושירותים, התאמות במטבח, התקנת מעקות ותמיכות, שבילי גישה, רמפות). התקנת מעלון – עד 130,000 ₪.

כאשר יש צורך בביצוע התאמות מחוץ לדירה והדירה נמצאת ב**בניין משותף**, חשוב לשים לב לכך שישנן התאמות שנדרשת לגביהן הסכמה של רוב הדיירים (לעתים רוב רגיל ולעתים רוב מיוחד). ישנן התאמות שאינן דורשות הסכמה. לרשימה המלאה של ההתאמות הטעונות הסכמת הדיירים ראו **התאמות לאנשים עם מוגבלויות בבית משותף הטעונות הסכמת הדיירים**.

אם **המפקח על רישום המקרקעין** מצא כי בעל דירה התנגד מטעמים בלתי סבירים לביצוע התאמה או התנה את הסכמתו בתנאים בלתי סבירים, בסמכותו לתת את הסכמתו לביצוע ההתאמה במקום אותו דייר. למידע נוסף ראו **ביצוע התאמות לאנשים עם מוגבלויות בבית משותף**.

7.7 פטור מתשלום דמי הסכמה לרשות קרקעי ישראל

מעבירי זכות חכירה בנכס לא מהוון, שנקבעה להם דרגת נכות לצמיתות, עשויים לקבל פטור מתשלום דמי הסכמה לרשות מקרקעי ישראל. הפטור ניתן עד לסכום של 30,000 ש"ח, צמוד למדד המחירים לצרכן שפורסם באפריל 1992. הזכאות להטבה ניתנת לזכאים פעם אחת בלבד.

מי זכאי?

- מקבל קצבת נכות כללית שנקבעה לו נכות רפואית בשיעור של 80% לפחות.
- מי שנקבעה לו מוגבלות בניידות בשיעור של 80% לפחות ע"י ועדה רפואית של משרד הבריאות.
- מי שנקבעה לו נכות רפואית בשיעור של 80% לפחות על-ידי ועדה רפואית לפטור ממס הכנסה או ועדה רפואית להנחה במס רכישה.

תהליך מימוש הזכות

- יש להגיש בקשה לפטור על גבי טופס בקשה לביצוע פעולה במקרקעין.
- לטופס יש לצרף את המסמכים הרלוונטיים, בהתאם לכל מקרה:
- אישור לגבי קביעת הנכות לצמיתות על-ידי הוועדה הרפואית (או ועדת הערר) מטעם הגוף הרלוונטי (המוסד לביטוח לאומי/משרד האוצר).

- **אישור מהמוסד לביטוח לאומי על זכאות לקצבת נכות כללית.**
 - **אישור ממשרד הבריאות על מוגבלות בניידות.**
- את טופס הבקשה והאישורים יש להגיש **למשרדי רשות מקרקעי ישראל** באזור המגורים.

7.8 הנחה במס רכישה לנכים

נכים, הרוכשים דירה למגוריהם, עשויים להיות זכאים לתשלום מופחת בשיעור של 0.5% בלבד מערך הדירה לרכישה. ברכישת דירה יחידה ששוויה עד 2,500,000 ₪, ניתן פטור ממס על מדרגת התשלום הראשונה.

על חלק השווי שעד 1,664,520 ש"ח לא ישולם מס רכישה, על החלק שנותר עד לסכום שווה של הדירה (עד 2,500,000 ש"ח, כאמור), ישולם מס רכישה בשיעור של 0.5% משווי אותו חלק. ניתן להיעזר בסימולטור מס רכישה באתר רשות המיסים לחישוב גובה המס. הנחה על מס רכישה ניתנת **פעמיים בלבד** במהלך החיים.

בוגרים

כאשר בני זוג רוכשים יחד דירה למגוריהם ואחד מהם זכאי להטבה, יהיו שניהם זכאים להטבה. אם בני הזוג לא היו נשואים בזמן שרכשו את הדירה, והם נישאו בתוך 12 חודשים מיום חתימתם על חוזה הרכישה, יוחזר מס הרכישה העולה על השיעור של 0.5% ששילם בן הזוג של הזכאי להטבה. אם רוכש של דירת מגורים היה בעליה של דירה אחת בנוסף לדירה שרכש, והוא מכר את הדירה הקודמת בתוך 18 חודשים מיום רכישת הדירה החדשה, או בתוך שנה מיום שנמסרה לו הדירה החדשה, אם נרכשה מקבלן – הוא ייחשב כבעל דירה יחידה לצורך חישוב המס.

מי זכאי

- מי שנקבעה לו על-ידי המוסד לביטוח לאומי **דרגת אי כושר השתכרות** לצמיתות בשיעור של 75% לפחות.
- מי שנקבעה לו דרגת נכות רפואית לצמיתות בשיעור של 100% או נכות של 90% עפ"י **חישוב משוקלל**, בשל צבירת נכויות באיברים שונים – מותנה **בוועדה רפואית**.
- משפחה עם ילדים בעלי נכות של 100% – מותנה **בוועדה רפואית**.

אופן מימוש הזכות

- את הבקשה להנחה מגישים **למשרדי מיסוי המקרקעין באזור בו נמצא הנכס**. ניתן להיעזר **במרכזי מידע, שירות ומשאבים** של רשות המיסים.
- יש לצרף אל הבקשה את המסמכים הבאים:
- **טופס הצהרה על פעולה באיגוד מקרקעין** לגבי רכישת הנכס.
- **טופס בקשה לפטור חלקי ממס רכישה.**
- למי שנקבעה דרגת אי כושר השתכרות בשיעור של 75% לפחות – **אישור מהמוסד לביטוח לאומי**
- יש לצרף מסמכים רפואיים המעידים על המוגבלות.
- הורים שכבר שילמו מס רכישה וקיבלו אישורים מביטוח לאומי ובית משפט יוכלו לבקש החזר רטרואקטיבי לארבע שנים.

8. הכנה לצבא

8.1 התנדבות לצה"ל

התנדבות לצה"ל אפשרית למי שקיבלו פטור משירות צבאי. התהליך הינו ממושך לכן רצוי לקדמו מיד עם קבלת הפטור. הזכאים להתנדבות הם צעירות עד גיל 22 וצעירים עד גיל 28 שקיבלו פטור מהצבא. השלבים לביצוע לאחר קבלת הפטור:

- פתיחת תיק התנדבות בלשכת הגיוס – קבלת מסמכים רפואיים למילוי הגורמים הרפואיים והעברת למייל meitav@idf.gov.il לבחינת קביעת פרופיל 25 המאפשר התנדבות באופן מיידי או באמצעות ועדה רפואית. תיק שאושר לגביו פרופיל 25 יועבר לתחום המתנדבים במדור ש"י (שירות ייחודי) בלשכת הגיוס ברשת, להתחלת הליכי שיבוץ.
- שיבוץ – המתנדב יזומן לריאיון אישי על מנת לברר מהם צרכיו האישיים והרפואיים ומהן היכולות וההעדפות האישיות שלו. השיבוץ יעשה בהתאם לנתוניו האישיים ולצורכי המערכת.
- קבלת צו הגיוס – נשלח בהתאם לשנתון הגיוס של המתנדב. ניתן לדחות את הגיוס בשנתון שלם רק במקרה של יציאה לשנת שירות, למכינה או לישיבה.
- לקראת הגיוס – כחודשיים לפני הגיוס יידרשו חלק מהמתנדבים לשלוח מסמכים רפואיים המעידים על איזון במצבם הרפואי. למי שחלה החמרה במצבם והמסמכים ששלחו אינם מאושרים, יידחה מועד גיוסם למחזור הגיוס הבא.
- קבלת תעודת מתנדב ביום הגיוס לצה"ל. בתעודה מפורטות ההגבלות הרפואיות כפי שנקבעו על-ידי מקרפ"ר לגבי המתנדב. מפקדיהם של המתנדבים מחויבים לשמור על הגבלות אלה.
- מתנדבים רפואיים (בנים ובנות), מחויבים בשירות של 24 חודשים. תפקידים מסוימים דורשים שירות של 32 חודשים.

מי שלא קיבל לכך פטור מראש, מחויב לעבור טירונות מתנדבים. מדובר בטירונות עיונית בלבד, המתקיימת בבסיסים שונים ברחבי הארץ ונמשכת כ-5 ימים. מי שאושרה להם לינה בביתם, יצאו בסוף כל יום.

מתנדבים רשאים לצאת לקורסים, ככל החיילים, עם הגיוס או במהלך השירות הצבאי. היציאה לקורס תתאפשר בהתקיים כל התנאים הבאים: התאמת המתנדב לדרישות הקורס; אישור מטעם ענף המיון הרפואי במקרפ"ר על כשירות לצאת לקורס; תיאום הקצאה לקורס על-ידי היחידה והמלצה ליציאה לקורס.

מתנדבים רשאים לצאת לקצונה במהלך שירותם. היציאה לקצונה תתאפשר בהתקיים כל התנאים הבאים: קבלת אישור מרופא מתנדבים במקרפ"ר, המלצות המפקדים, הקצאות היחידה, מעבר מבדקים לקצונה.

מועמדים לשירות בצה"ל כמתנדבים יכולים לפנות בשאלות ובירורים בטלפון 03-7388888 (שלוחה 3); מתנדבים המשרתים בצה"ל יכולים לפנות בשאלות ובירורים לטלפון 03-7387157 (שלוחה 2).

8.2 תוכניות לשילוב צעירים עם מוגבלות בצבא

"תוכנית שיבולים"

תוכנית "שיבולים" מיועדת לצעירים עם מוגבלות הרוצים להיות חלק בעולם המכינות הקדם צבאיות כהכנה לשירות צבאי משמעותי וכחלק משילוב אינטגרלי בחברה הישראלית הכללית. במסגרת התוכנית מועשרים המשתתפים בעולמות תוכן מתחום היהדות, פילוסופיה, ברה, כלכלה, ידיעת הארץ והכנה פיזית לשירות הצבאי. במהלך המכינה מתבצעים תהליכי מיון, הכשרות והדרכות לצוות המקצועי, בניית תוכנית אישית, הנגשות לסוג המוגבלות, מיצוי זכויות

וסיוע בהכוונה לשירות משמעותי בצה"ל.

לפרטים אפרת אהרונ, מנהלת התוכנית בטלפון: 054-2199878

או במייל shibolim@mechinot.org.il

יד לילד המיוחד

עמותת הורים לילדים עם צרכים מיוחדים, המפעילה פלטפורמות שונות לשילוב נערים בתעסוקה ובשירות צה"לי מן המניין המותאם לכישוריהם.

בין פעילויות העמותה פרויקט גדולים במדים – שילוב צעירים עם מוגבלויות בכ-15 בסיסי צה"ל ברחבי הארץ תוך ליווי מקצועי החל משלב הערכת היכולות דרך הדרכות לאורך כל התקופה. השירות מתחיל בקורס הכשרה טרום הגיוס תוך סימולציה של גדנ"ע, המעניק הדגמת חיים צבאיים דרך אימונים ומסעות. לבסוף משולבים הצעירים כחלק מכוח האדם הצבאי.

פרטים נוספים בטלפון 03-9600667 שלוחה 1 או במייל info@special.org.il

אתר www.special.org.il

שילוב מנצ"ח

תוכנית המאפשרת ליווי והכנה לבני נוער בעלי מוגבלות משלב טרום הגיוס דרך השירות הצבאי ועד לשחרור תוך הענקת התנאים המרביים לשירות משמעותי ומיטבי ובכך לתרומה אמיתית לצה"ל.

שלבי התוכנית:

- הכנה לשירות תוך ליווי בתהליך המיון וההתנדבות לצה"ל באמצעות מפגשים קבוצתיים אחת לשבועיים אחה"צ הכוללים התנסות במשימות שונות וכן ביקור בבסיסי צה"ל, השתתפות בגדנ"ע ומפגש עם מפקדים וחיילים.
- ליווי במהלך השירות הצבאי – המשך תמיכה וליווי קבוצתי ואישי בקהילה לאורך השירות, תוך שותפות עם גורמי הצבא המלווים את החייל המתנדב בתוך צה"ל.
- הכנה לשחרור – ליווי ביציאה לעצמאות תוך חיבור לשירותים שונים בקהילה בתחומי תעסוקה, השכלה ועוד.

התוכנית מיועדת לבני נוער מכל רחבי הארץ, העונים על כל התנאים הבאים:

- תלמידי כיתות י"א – י"ב הלומדים בבתי ספר רגילים.
- בעלי מוגבלויות פיזיות, חושיות או לקויות למידה מורכבות.
- מעוניינים לשרת שירות משמעותי בצה"ל וקיבלו פטור משירות צבאי, או מיועדים לגיוס רגיל.
- נערים בגילאי 16-21 המתאימים לתוכנית ומעוניינים להצטרף, יכולים לפנות לעו"ס גיתית הרלב, מנהלת ארצית תוכניות לשילוב בצה"ל בטלפון 03-9600667 או בדוא"ל Gititharlev@gmail.com
- ניתן לפנות גם דרך רכז ההכנה לצה"ל בבית הספר/ מחלקת הנוער ברשות/ רכז ההכנה לצה"ל ברשות/ המחלקה לשירותים חברתיים במקום המגורים.

קיימות מסגרות נוספות המותאמות לחולי ניוון שרירים המתנהלים באופן עצמאי.

לפרטים נוספים ניתן לפנות למיכל אלישיב גודינצקי בטלפון 050-5535504 או במייל michal@

littlesteps.org.il

9. לימודים ו\או הכשרה מקצועית דרך הביטוח הלאומי

הביטוח הלאומי נותן שירותים רבים בטרם ובעת הכניסה ללימודים האקדמיים, בין היתר מציע המוסד תוכנית הכוונה מקצועית בטרם הכניסה ללימודים. כך באם ישנה התלבטות במקצוע הרצוי, ומידת ההתאמה והיכולת האקדמית, יוכל המועמד להתייעץ עם פקיד/ת שיקום במוסד לביטוח לאומי אשר יבדקו תחילה את כישורי המועמד/ת, יכולותיו, ואת המוגבלות. בהתאם לשיקולים הללו, יסייעו פקידי השיקום בבחירת מסלול לימודים ו\או תעסוקה וכן את מקומה. מטרת השיקום המקצועי היא השתלבות בעבודה בשוק הפתוח בעזרת הקניית מקצוע מתאים ו\או סיוע בהשמה בעבודה.

השירות ניתן בגיל 18 ושלושה חודשים. התנאי הבסיסי הוא מי שנקבעה לו 20% נכות.

מי זכאי

מי שנקבעו לו לפחות 20% נכות רפואית משוקללת לצמיתות וטרם הגיע לגיל פרישה, וכמו כן עומד בכל התנאים הבאים:

- עקב הליקוי הוא אינו מסוגל לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.
- זקוק להכשרה מקצועית, כדי לחזור לעבודתו הקודמת או לעבודה התואמת את כישוריו לאחר הליקוי.
- נמצא מתאים לשיקום מקצועי, מסוגל לשתף פעולה בתהליך של שיקום מקצועי ולהשתלב כעובד רגיל בשוק העבודה הפתוח (להבדיל מעבודה מוגנת או נתמכת).

בתקופת הלימודים זכאים דורשי השירות לתשלומים הבאים:

- דמי שיקום – יינתנו לזכאי שיקום, הלומדים 20 שעות בשבוע לפחות, בהכשרה מקצועית.
- הוצאות שכר לימוד.
- הוצאות ציוד לימודי, מכשירי לימוד ושיעורי עזר בהתאם לצורך.
- הוצאות לינה – אם דורשי השירות לומדים במוסד לימודי המרוחק ממקום מגוריהם יותר מ-40 ק"מ, ולפי כך הם נדרשים ללון מחוץ לביתם, ישלם הביטוח הלאומי הוצאות לינה ו\או דיוור.
- שירותי הנגשה ותמיכה בלימודים – סטודנטים עם מוגבלות תקשורתית ו\או עם נכויות המגבילות את לימודיהם זכאים לשירותי הנגשה ותמיכה של הביטוח הלאומי, כגון תרגום לשפת סימנים, תמלול והקראות.
- קורס פסיכומטרי – ניתן לקבל החזר על קורס שהחל עד שנה לפני מועד הגשת התביעה לשיקום.

מי שנקבעה להם נכות רפואית הנמוכה מ-65% יהיו זכאים לסיוע במשך 12 חודשים.

כאשר מדובר בלימודי השכלה גבוהה הנמשכים מספר שנים, הסיוע במימון יינתן בשנת הלימודים האחרונה בלבד.

כאשר מדובר בקורס מקצועי הנמשך מעבר ל-12 חודשים רציפים, הסיוע במימון יינתן ב-12 החודשים האחרונים של הקורס.

כמו כן, נקבע בחוזר המוסד לביטוח לאומי כי תיתכן אפשרות לסיוע במימון הלימודים לתקופה ארוכה יותר מ-12 חודשים, למי שעונים על אחד מהתנאים הבאים:

- הם מקבלים קצבת נכות כללית (מלאה או חלקית).
- נקבעו להם לפחות 40% נכות רפואית והם נבדקו לעניין אובדן כושר השתכרות, גם אם אינם מקבלים קצבת נכות.

- נקבעו להם לפחות 40% נכות רפואית והם זקוקים להנגשות הנובעות מנכותם (תרגום לשפת סימנים, תמלול והקראה), גם אם אינם מקבלים קצבת נכות.
- הסיוע ניתן בנוסף למימון תוכניות טרום הכשרה/לימודים, כגון מכינות קדם אקדמיות, מבחן פסיכומטרי והשלמת בגרויות.

דמי השיקום

מי שאינו מקבל קצבת נכות, זכאי לדמי שיקום בסכום השווה לקצבת הנכות המשולמת לבעלי דרגת נכות של 100%, בהתאם להרכב המשפחה. למי שמקבל קצבת נכות חלקית, דמי השיקום יהוו השלמה עד סכום הקצבה המשולמת לבעלי דרגת נכות של 100%, לפי הרכב המשפחה. מי שמקבל קצבת נכות מלאה לא יהיה זכאי לדמי שיקום.

זכאות בני זוג

למי שזכאים לקצבת נכות ונמצא כי אינם מתאימים לשיקום מקצועי, תיבדק האפשרות להעביר את הזכאות לשיקום לבני/בנות זוגם. לשם כך, על בן הזוג לעמוד בתנאים הבאים:

- הוא מתגורר באופן קבוע עם מקבל הקצבה.
- משולמת עבורו תוספת בקצבת הנכות של בן הזוג.
- הוא עדיין לא הגיע לגיל הפרישה.

תהליך מימוש הזכות

יש להגיש תביעה לשיקום מקצועי במחלקת השיקום בסניף המוסד לביטוח לאומי הסמוך למקום המגורים.

את התביעה מגישים על גבי טופס 270 **נספח 10 – טופס בקשה למתן שיקום מקצועי**. פקיד השיקום של המוסד לביטוח לאומי יעץ לפונה בבחירת מסלול לימודים ותעסוקה, לאחר מפגש בו יעמוד על שאיפות הפונה, כישוריו ומגבלותיו. במידת הצורך, יתייעץ פקיד השיקום גם עם רופאים, פסיכולוגים ומומחי שיקום אחרים. פקיד השיקום יעזור לפונה לבחור מקצוע שיש לו דרישה בשוק העבודה ואפשר ללמוד אותו בפרק זמן מוגדר. בתום תקופת הלימודים וההכשרה פקיד השיקום ינסה לסייע גם בהשמה בעבודה. לפגישת ייעוץ עם עובד שיקום, ניתן להתקשר לטל' 02-6463488 (נתב טלפוני למחלקות השיקום בסניפים ברחבי הארץ).

9.1 תוכניות העוסקות בשילוב תעסוקתי והכנה לחיים עצמאיים.

תוכנית מגמה לעתיד:

"מגמה לעתיד" היא תוכנית הכנה לתעסוקה לצעירים עם צרכים מיוחדים בני 12-18, המעוניינים להשתלב בלימודי הסמכה בחינוך הטכנולוגי-מקצועי לקראת השתלבות בשוק העבודה הפתוח. זוהי תוכנית ייחודית המשלבת גם הכשרה מקצועית (הסמכה מטעם משרד החינוך) וגם הקניית ידע המאפשר עבודה מעמיקה בתחומי הוראת מיומנויות, פיתוח הרגלים, והכנה קוגניטיבית ורגשית לחיים עצמאיים.

רכיבי התוכנית ויעדיה:

פיתוח והקניית הרגלי עבודה ומיומנויות תעסוקתיות, קורסים מקצועיים והכרות עם מגוון מקצועות, סיורים במפעלים והכרות עם מקומות עבודה, הכנה למסלולי שירות אזרחי לאומי וצבאי, התנסות ואימון במקומות עבודה, סיוע בהשמה ואיתור מקומות עבודה בשוק הפתוח, השלמת השכלה, לימודי הסמכה מקצועית. הלימודים מתקיימים בבתי ספר בישובים: קרית ביאליק, ירכא (לחברה הדרוזית), ערעה (לחברה הערבית), הוד השרון, אשקלון ופתח תקווה.

למי מיועדת התוכנית?

- תלמידים עם צרכים מיוחדים המסיימים כיתה יב באחת ממסגרות החינוך המיוחד:
- תלמידים המשולבים בכיתות ובבתי ספר רגילים המגלים מוטיבציה ללמוד במסגרת התוכנית.
 - תלמיד עם מסוגלות לתפקד באופן עצמאי.
 - התנהגות תלמיד/ה שאיננה מסכנת את עצמו/ה ואת הסביבה.
 - תלמיד/ה ללא זכאות לתעודת בגרות מלאה בסוף כיתה יב.
 - תהליך הקבלה כולל מפגש הכרות, ראיון אישי וסדנת מיון.

מכינת כנפיים:

מכינת כנפיים פועלת בצפון הארץ (ע"י עמותת כיוונים) ובדרום הארץ-בשדרות (ע"י עמותת גוונים).

מי זכאי

מכינת "כנפיים" מיועדת לצעירים מרגע שסיימו תיכון, בד"כ בגילאי 18-21. חברה צעירים בעלי קוגניציה תקינה ובעלי פוטנציאל לחיות חיים עצמאיים בקהילה. המכינה נמשכת שנתיים עם אופציה להרחבה ל 3 שנים. בשנה הראשונה עיקר המיקוד הוא על דברים בסיסיים: עזיבת בית ההורים, ניהול שגרה, ובמקביל משולבים במסגרת שירות לאומי/לימודים. בהמשך המיקוד הוא פרטני וכולל מעבר לדירות קטנות (בנות שני דיירים), תוך שימת ידגש גדול על צריכת שירותים בקהילה.

תהליך קבלה: יוצרים קשר טלפוני, מגיעים לביקור בית ובנוסף יש פגישה במכינת "כנפיים" עצמה, נפגשים עם העו"ס והמנהלת ועושים סיור בדירות.

מימוש הזכות

המשפחה צריכה לפנות לעו"ס במחלקת הרווחה לצורך ועדת השמה למכינת כנפיים (אם המשפחה אינה מטופלת במחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית יש לבקש פתיחת תיק). בסביבות חודש מרץ מתקיים גיבוש של יומיים. לאחר מתן החלטת ועדת ההשמה על הקבלה למכינה, ניתן להצטרף לפעילות בחודש ספטמבר שלאחר מתן ההחלטה. הדייר ממשיך לקבל את הקצבאות ללא שינוי, מחלקת הרווחה מממנת את רוב התוכנית, המכינה גובה מכל צעיר 1200 שקלים בחודש עבור הוצאות מחיה (הסעות, אוכל וכו'). עובד זר יכול להתגורר עם הדייר. מטרות העמותה הן לשלב אוכלוסייה זו בצורה שווה ככל האפשר אשר תעזור להם להיות אקטיביים ועצמאיים בחברה.

בית הגלגלים – פעילויות לבוגרים:

פרויקט "מסלול" הוא מיזם משותף לבוגרים-צעירים בני 18-30 של בית הגלגלים והשירות לשיקום בקהילה באגף השיקום במשרד הרווחה. תוכנית דו-שנתית להכשרה ותמיכה בצעדים הראשונים בהשתלבות בחברה תוך ניהול עצמי. מסלול כולל פגישה קבוצתית שבועית בת 5 שעות, לצד צמיחה אישית – באמצעות הנחייה פרטנית שבועית בת שעותיים. גלגל התנופה – מרכז יום יחודי לבוגרים עם תוכניות חדשניות כמנוף לניהול עצמי של חיי היום יום, שימור יכולות וטיפול. תחת פיקוח אגף השיקום במשרד הרווחה, מרכז היום נותן מענה עבור למעלה מ-20 בוגרים בני 21+. המרכז מפעיל מענה שיקומי יצירתי בשלל תחומים: ביניהם פרא רפואי – פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וקלינאות תקשורת, תמיכה רגשית וסוציאלית, פנאי והעשרה ועידוד פעיל לשילוב בחיי קהילה. מרכז היום פועל חמישה ימי עבודה מלאים בשבוע ובמשך כל השנה.

טלפון: אורה ביטן טלפון 052-6338666 או דרך אתר הארגון [/https://www.beitgalgalim.org.il](https://www.beitgalgalim.org.il)

רמפה – תעסוקה לצעירים עם מוגבלות

תוכנית לצעירים עם מוגבלות בני 18-45 המעוניינים לעבוד ולהתקדם. התוכנית מציעה ליווי ובניית תוכנית אישית לקראת השתלבות בעבודה, השמה ופיתוח קריירה, סדנאות ופעילויות פרטניות וקבוצתיות בתחום התעסוקה, פיתוח ושיפור מיומנויות כישורים תעסוקתיים לצורך השתלבות, התמדה וקידום תעסוקת התוכנית פועלת במרכזי תעסוקה יישוביים: אשדוד, מגדל העמק, כרמיאל, טבריה, עכו, חיפה, ירכא, בני ברק, סחנין, רמלה, לוד, רהט, ירושלים ובאר שבע. השירות הניתן במרכזים הוא אזורי וללא תשלום.

10. אפוטרופסות

כאשר אדם מגיע לגיל 18 הוא הופך בעיני החוק לבוגר בעל אחריות משפטית לכל דבר. הוא יכול לחתום על הסכמה לניתוח, חוזים ותצהירים, לעמוד לדין וכו'. הוריו, שהיו עד כה "האפוטרופוסים הטבעיים" שלו, מנועים מלבצע במקומו כל פעולה, או לקבל החלטות עבורו.

ילדים עם צרכים מיוחדים המגיעים לגיל 18, במקרים רבים אינם מסוגלים לדאוג לעצמם, ויש למנות להם אפוטרופוס שיהיה בעל סמכות חוקית לדאוג לצורכיהם, לקבל החלטות עבורם ולפעול למענם ובמקומם. רצוי להגיש את הבקשה למינוי סמוך למועד בו יגיעו לגיל זה.

מוסד האפוטרופסות נועד למנוע מצבים בהם אנשים שאינם מסוגלים לנהל את ענייניהם יהיו ללא הגנה. בית המשפט ממנה את האפוטרופוס בכדי שייצג את האדם שעבורו מונה בפעולות משפטיות ובכל עניין, לפי הסמכויות שבית המשפט העניק לו, תוך שמירה מתמדת על טובת אותו אדם.

סמכויותיו של אפוטרופוס שקיבל מינוי לתפקד כאפוטרופוס באופן כללי לגבי ענייניו של אדם אחר הן רחבות ביותר ונוגעות לכל תחומי החיים של אותו אדם – גוף, רכוש, נושאים משפטיים וכו'.

מלבד מינוי אפוטרופוס, קיימות חלופות אחרות למצבים שבהם אדם יתקשה לקבל החלטות או לבצע פעולות בשל מצבו, כגון: מינוי רשמי של אדם אחר שישמש כתומך החלטה ויסייע לו לקבל החלטות (אך לא יקבל אותן במקומו). כמו כן, אדם הנמצא בתפקוד מלא יכול להיערך מבעוד מועד למצב עתידי שבו לא יוכל לקבל החלטות, באמצעות מתן יפוי כוח מתמשך מראש למיופה כוח שיקבל החלטות עבורו (ניתן גם לקבוע מראש אלו סוגי החלטות מיופה הכוח יהיה מוסמך לקבל).

תומך ההחלטה מסייע לנתמך בניהול ענייניו הכספיים, ומעניק ליווי ותמיכה בקבלת החלטות. ניתן למנות תומך החלטה כחלופה למינוי אפוטרופוס במקרים שבהם הקשיים של הנתמך אינם חמורים דיים לצורך שלילת כשרותו המשפטית.

תומך ההחלטה אינו מחליף את שיקול דעתו של הנתמך בשיקול דעתו שלו, אלא מסייע לנתמך, וכך שומר על העצמאות ועל זכות ההחלטה שלו.

ניתן להפסיק את יחסי התמיכה על-ידי הודעה חד-צדדית של הנתמך שהוא אינו מעוניין בהמשך תמיכתו של התומך.

מי זקוק למינוי אפוטרופוס:

אדם בוגר מעל גיל 18 שאינו יכול לדאוג לענייניו וכן:

- קיימת החלטת ועדת אבחון המאשרת את הצורך למינוי אפוטרופוס עבורו.
- קיימת תעודת רופא המאשרת את הצורך למינוי אפוטרופוס עבורו.

נוהל הגשת בקשה ומילוי טפסים.

על בני המשפחה המעוניינים להתמנות כאפוטרופוסים (הורים, אחים) לפנות למזכיר בית המשפט לענייני משפחה.

בקשה לתסקיר בעניין מינוי אפוטרופוס יכולה להגיע מבית המשפט לענייני משפחה, מבא כוח היועץ המשפטי לממשלה במשרד הרווחה, מוועדת אבחון – האגף לטיפול באדם המפגר, רופאים, עובדים סוציאליים או בני משפחה. הגשת הבקשה כרוכה בתשלום.

ניתן לפנות בבקשה להנחה בתשלום האגרה על סמך אישורי הכנסות.
בית המשפט דן בבקשה ומקבל את החלטתו על סמך התסקיר של פקיד הסעד לסדרי דין.
האפוטרופוס מחויב לתת דוח שנתי לאפוטרופוס הכללי.
במקרים בהם ההורים אינם יכולים לשמש כאפוטרופוס, תיבדק האפשרות למינוי קרוב משפחה.
אם אין קרוב משפחה תיבדק האפשרות למינוי אפוטרופוס ע"י עמותות בתחום.

עמותות בתחום סיוע בייצוג ומיצוי זכויות

פרטי קשר	תיאור	
קשר טלפון: תל אביב: 03-5282518 קשר חיפה והצפון: 04-8596439 קשר ירושלים והסביבה: 02-6236116 קשר באר שבע והדרום: 08-6289142 כתובת מייל: content@kesher.org.il אתר: www.kesher.org.il	ארגון גג הנותן מענה למשפחות של ילדים עם צרכים מיוחדים. מפעילים מרכז מידע ומיצוי זכויות, פרויקטים חברתיים להעצמת הורים. לעמותה 4 סניפים ברחבי הארץ.	
נציבות שיויון זכויות לאנשים עם מוגבלות טלפון: 02-5087000 כתובת מייל: justice.gov.il@mugbaluyot אתר: www.mugbaluyot.justice.gov.il	הוקמה במטרה לקדם שיויון ולמנוע הפליה של אנשים עם מוגבלות.	
ידיד טלפון: 1-700-500-313 אתר: Yedid.org.il	עמותה לתמיכה והעצמת אוכלוסיות מוחלשות הפועלת בתחומי: סיוע במימוש זכויות, ייעוץ סוציאלי ומשפטי. מתמקדים בתחומי דיור, תעסוקה, ביטוח לאומי והתמודדות עם חובות וקשיים כלכליים.	
קול הזכויות טלפון: 073-229138 כתובת מייל: yulia@allrights.co.il אתר: www.allrights.co.il לעמותה דף פייסבוק פעיל בשם קול הזכויות	סיוע בליווי אישי למשפחות לילדים עם צרכים מיוחדים בתחום מיצוי זכויות מול רשויות.	
קרן דולב טלפון: 054-6665442 כתובת מייל: dolevfoundation@gmail.com אתר: https://dolevfoundation.org	עמותה לוחמת חסרת פשרות, פועלת למען תיקונה וקידומה של מערכת הבריאות בישראל על ידי סיוע משפטי לפרט, אשר זכותו על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי נפגעה או קופחה.	
נגישות ישראל טלפון: 09-7451126 כתובת מייל: office@aisrael.org.il אתר: www.aisrael.org.il	עמותה אשר הוקמה לפעול במטרה לקדם נגישות פיזית בישראל למקומות, מידע וטכנולוגיה.	
נגיש לכל טלפון: 02-5660180 כתובת מייל: info@access-unlimited.co.il אתר: www.access-unlimited.co.il	עמותה המסייעת לקידום נגישות למקומות נופש	
אהב"ה טלפון: 052-2200895 כתובת מייל: haergon@walla.co.il אתר: nechim.amuta.org.il	ליווי משפחות בכל הקשור לסינגור מול משרדי ממשלה וליווי בתחום חקיקה בכנסת.	

עמותות הפועלות בתחום הפנאי

פרטי קשר	תיאור	
טלפון: 077-9555547 אתר: www.krembo.org.il	תנועת נוער לילדים ונוער עם ובלי צרכים מיוחדים המקיימת פעילות חברתית, פעם בשבוע בשעות אחה"צ במסגרת קבוצתית. בתנועה חברים ילדים עם מוגבלויות שונות (מגבלות פיזיות/ קוגניטיביות/ תקשורתיות) המקבלים מענה לצרכים החברתיים שלהם. הפעילות מונגשת הן מבחינת מיקום, ישנה הסעה מונגשת של החניך מביתו וחזרה, המפוקחת ומלווה ע"י פעיל של התנועה, בכל פעולה. הפעילות תמורת דמי הרשמה סמליים בלבד. לעמותה 64 סניפים ברחבי הארץ.	כנפיים של קרמבו
טלפון : 04-300-4224 טלפון לרישום: 04-6608997/960 כתובת מייל: mail@jrv.org.il אתר: http://jrv.org.il	כפר נופש לילדים ולבני משפחותיהם, המתמודדים עם מחלות כרוניות ומחלות מסכנות חיים, ללא עלות.	כפר הירדן
טלפון : 02-6527007, 02-6511627 אתר: www.simchalayeled.org.il	עמותה העוסקת בחונכות וליווי אישי בבית הילד. מיועדת לבעלי מגבלה פיזית, ללא מגבלה קוגניטיבית, מגיל 6-18. קיימת תוכנית בוגרים, במסגרתה הבוגרים משולבים בעשייה למען החניכים הצעירים, קיים סיוע במציאת מקומות עבודה ומסגרות המשך, בשיתוף עם צה"ל, שרות לאומי ומוסדות להשכלה גבוהה. כמו כן העמותה מקיימת פעילות רווחתית ותמיכתית לבני המשפחה.	שמחה לילד
טלפון : 052-6338666 אתר: www.beitgalgalim.org.il	ארגון ארצי לצעירים ובוגרים עם מגבלה פיזית (ללא מגבלה קוגניטיבית) המקיים מסגרת פנאי רציפה לחניכים מגיל 9 ועד גיל הבגרות, במטרה לאפשר רכישת מיומנויות חברתיות וקידום השתתפות חברתית ואזרחית בכל מעגלי החברה. בין הפעילויות - קבוצות סופ"ש, מחנות קיץ, חוגים, תוכניות הכנה למתבגרים ולחיים עצמאיים לבוגרים. התוכניות כרוכות בתשלום סימלי וכוללות הסעה מבית המשפחה.	בית הגלגלים

פרטי קשר	תיאור	
טלפון: 03-5685200 כתובת מייל: frontdesk@etgarim.org אתר: www.etgarim.org פרטים לגבי השאלת גילגולון: יעל ואבנר בדיחי טל': 02-5344773, 054-4656614	עמותה לקידום אנשים עם מוגבלויות שמטרתה שילוב חברתי באמצעות ספורט ופעילות אתגרית בטבע. העמותה פועלת בענפי ספורט שונים ביניהם שיט, צלילה, ריצה והליכה, אופניים, קיאקים, קארטינג, ג'יפים ועוד. בנוסף, יש אפשרות להשאיל גילגולון, המאפשר לילדים, נוער ובוגרים עם מגבלות תנועה, לצאת אל חיק הטבע ולטייל בדרכים לא סלולות.	אתגרים
טלפון: 03-9250505 אתר: www.kavlachayim.co.il	בעמותה מתנדבים המסייעים בארגון וקיום אירועים במהלך השנה. בין פעילויותינו: שבתות שינוי חברתי (כ-40 שבתות במהלך השנה) בהן הילדים יחד עם חונך צמוד מתארחים אצל משפחות בישובים ובערים מכל הארץ. מידי שנה חוגגים בעמותה בר ובת מצווה ל-20 ילדים נכים וחולים אשר לא זכו לחגוג את הגעתם לגיל מצוות. מחנה הקיץ - מדי שנה מוציאה עמותת קו לחיים מחנה קיץ לכ-200 ילדים עם מוגבלות מכל רחבי הארץ. במחנה נהנים הילדים משישה ימים מלאים (בתנאי פנימייה). פרויקט חונכות אישית - ליווי שוטף לילדים עם מוגבלות לאורך כל השנה. 300 חונכים אישיים המשובצים מדי שנה.	קו לחיים
טלפון 03-9600667 מייל info@special.org.il אתר: www.special.org.il	עמותת הורים לילדים עם צרכים מיוחדים העוסקת במגוון תחומים: -פרויקט בר\בת מצווה לבעלי מוגבלויות ומעניק להם חגיגה מלאה הכוללת עליה לתורה בכותל המערבי והפקת מסיבה בהשתתפות זמרים ואמנים. -פרויקט מעגל החסד - חיבור בין ילדים עם צרכים מיוחדים לבין סטודנטים מרחבי הארץ המתגוררים בסמוך להם לחונכות שבועית חוויתית מחוץ לבית הילד. -קיום מפגשי הורים וימי עיון להורים. -פרויקט משמר הטבע - שילוב צעירים עם מוגבלות בשמירה ואחזקה בפארקים עירוניים.	יד לילד המיוחד

עמותות הפועלות בתחום סיוע רגשי

תיאור	פרטי קשר	
רעות- דלת פתוחה לבעלי מוגבלויות	עמותה מאפשרת שיח טיפולי בנושא זוגיות ומיניות. שרות ללא תשלום. סודיות מובטחת.	טלפון: 035371003 כתובת מייל: opendoor@reuth.org.il אתר: www.opendoor.org.il

עמותות הפועלות בתחום סיוע בציוד וטיפולים רפואיים

תיאור	פרטי קשר	
מרכז עזרא למרפא	אגודה המפעילה מערכי טיפול לילדים המתמודדים בין היתר עם נכות גופנית בכמה אפיקים: -הוצאת הילדים אחת לשבועיים לפעילות אתגרית בחיק הטבע. -פעמיים בשנה עורכת האגודה שבוע מרתק בכפר נופש. -בריכה טיפולית במחזורים של כ- 12 טיפולים לאדם פרטניים ו/או קבוצתיים ולאחר מכן סדרת טיפולים משמרים לתקופות שונות. -ייעוץ והכוונה מרופאים בכירים ביניהם הרב פירר. -טיפול שנייים לילדים מעל גיל 12. -השאלת ציוד רפואי ושיקומי. -הכוונה בנושא זכויות מול ביטוח לאומי.	טלפון: 052-8014015 אתר: www.ezra-lemarpe.org
וראייטי	סיוע כלכלי למשפחות במעמד סוציאקונומי בינוני ומטה: טיפולי שניניים, טיפולים פרא רפואיים, מימון עזרה סיעודית, סייעת אחה"צ וסיוע ברכישת ציוד ואביזרים. העמותה אינה מסייעת במזון מיוחד ובתרופות.	טלפון : 03-6447220 כתובת מייל: livnat@variety.co.il אתר: www.variety.co.il
איל"ן	ארגון לילדים בעלי מוגבלות פיזית. במסגרת פעילות העמותה: סיוע כספי שנתי ברכישת ציוד , פעילויות שיקום ורווחה: שחייה, רכיבה . פעילויות תרבות והעשרה. לעמותה 40 סניפים ברחב הארץ.	טלפון: 03-5248141 כתובת מייל: ilan@ilan-israel.co.il אתר: www.ilan-israel.co.il

פרטי קשר	תיאור	
טלפון: 1800-826-286 אתר: www.yadsarah.org.il	עמותה המתמקדת בהשאלת ציוד רפואי ושיקומי לפרקי זמן קצובים תמורת פיקדון בלבד באמצעות מרכזים הפזורים ברחבי הארץ. מקיימת שרות הסעה למוגבלים בתנועה. מספקת תכנית 'יד לתומך' שנועדה להעצים ולחזק את בן המשפחה שהוא המטפל העיקרי בבן משפחה חולה. תמיכה וליווי פרטני, קבוצות תמיכה, קבוצות של אורור והפוגה, הרצאות בנושאי זכויות ומידע.	יד שרה
טלפון: 03-6322133 כתובת מייל: orvehaim@gmail.com אתר: www.orvehaim.co.il	עמותה שפועלת בסיוע לילדים חולים ומשפחותיהם בכל המרכזים הרפואיים בארץ. העמותה פועלת לשפר את חיי הילדים: ארגון פעילויות של ימי כיף בחגים, קבלת כרטיסים למופעי חג של הצגות ילדים, בחגים ישנן פעילויות של חלוקת סופגניות, אוזני המן, מתנות, צעצועים ועוד.	עור ועתיד לחיים
טלפון: 02-6521986 כתובת מייל: office@marpe.org.il אתר: www.marpe.org.il	ארגון וולנטרי המסייע לאנשים חולים ובעלי מוגבלויות בתחומים שונים: תמיכה כספית ברכישת תרופות שאינן בסל הבריאות ומימון ניתוחים מורכבים ומצילים חיים. פרויקטים שמטרתם שיפור איכות חייהם של אנשים עם צרכים מיוחדים באמצעות פעילות באתרים שונים וקיום מפגשים עם בני נוער בני גילם ממסגרות רגילות. על משפחה המעוניינת בסיוע של עמותת מרפא לחיים למלא שאלון המופיע באתר ולשלחו בדואר עם מסמכים למשרדי העמותה בירושלים.	קורן מרפא לחיים
טלפון: 02-5670602 כתובת מייל: office@kerenmalki.org אתר: www.kerenmalki.org	קורן המסייעת למשפחות של ילדים עם מוגבלות במימון הטיפולים וציוד רפואי. -80% עד 75% מעלות טיפולים פארא-רפואיים לילדים בחינוך מיוחד ביניהם פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, שחייה טיפולית, ריפוי בדיבור ורכיבה טיפולית על סוסים. לאחר מיצוי הטיפולים להם זכאי הילד מהמדינה כחוק. על המשפחה למלא את שאלון הקבלה, במידה ותאושר הבקשה ע"י ועדת הקבלה של הקורן, יוכלו משפחות לקבל את ההחזר כנגד קבלות בכפוף לחוקי המס. -סיוע ברכישת ציוד מיוחד שאינו זמין בישראל או מעבר להישג ידה בשיתוף עם יד שרה. בין היתר מספקים עמידונים, הליכונים, עזרי אמבטיה ועוד ללא עלות.	קורן מלכי

פרטי קשר	תיאור	
טלפון: 09-8321556 כתובת מייל: refaeinu@refaeinu.org אתר: www.refaeinu.org	עמותת הפועלת במספר מישורים : יעוץ רפואי של הרב חיים שפירא. הטיפולים ניתנים במרכזים הרפואיים בישראל ובמידת הצורך אף בחו"ל. פעילויות לרווחת החולים ובני משפחותיהם לדוגמת מערך מתנדבים שישהו בבתי החולים ליד החולים בעת הצורך, הפעלת מערך הסעות של נהגים המסיעים ברכבם חולים ובני משפחותיהם למרכזים רפואיים ומהם לביתם, חלוקת שי לילדים המאושפזים ועוד.	רפאנו ונוושע
טלפון: 03-5792220 אתר: www.haverim.org.il	ארגון שהוקם במטרה לסייע לחולים ונכים במצוקה. הארגון מסייע בהשגת טיפולים רפואיים ותרופתיים וכן מסייע לחולים לגייס תרומות באמצעות ניהול קרנות הצלה על שמם, בשקיפות מלאה וללא כל עמלה. כמוכן, העמותה מפעילה פרויקט חונכות אקדמי עבור ילדים בעלי צרכים מיוחדים באמצעות סטודנטים לריפוי ועיסוק וסטודנטים לסייעוד. הסטודנטים חונכים ילדים בעלי צרכים מיוחדים במשך כשעתיים בשבוע, בתמורה לנקודות זכות אקדמיות.	חברים לרפואה
טלפון: 03-6144444 אתר: https://www.ami.org.il ליצירת קשר: https://www.ami.org.il/forms	העמותה פועלת בתחום התמיכה הרפואית: יעוץ והכוונה רפואיים, השאלת ציוד רפואי, הסעות חולים ואנשים עם מוגבלות בתנועה. העמותה מפעילה מרכז הידרותרפיה ושיקום וכן מסייעת בתחום יעוץ משפטי בתחום ביטוח לאומי.	עזר מציון
טלפון: 1599-53-54-55 כתובת מייל: info@orlaolam.org.il אתר: www.orlaolam.org.il	עמותת התנדבותית ארצית להשאלת ציוד רפואי בחינם תמורת עירבון	אור לעולם עמותה לסיוע לחולים ולנזקקים

עמותות להגשמת חלומות

פרטי קשר	תיאור	
טלפון: 09-7602848 כתובת מייל: maw@makeawish.org.il אתר: www.makeawish.org.il	ארגון הפועל להגשמת משאלות לילדים בגילאי 3-18 הנלחמים במחלה מסכנת חיים.	משאלת לב
טלפון: 054-5854351 אתר: www.boxofdreams.org	הגשמת חלומות באמצעות מתנדבים מגשימי חלומות	ארגז של חלומות
טלפון: 1-700-500-285 אתר: www.mishalot.org	הגשמת משאלות לילדים חולים במחלות כרוניות	עמותת משאלות

נספחים



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



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה

תביעת גמלה לילד נכה

תאריך תביעה		
שנה	חודש	יום

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג		המסמך		דפים					

עמוד 1 מתוך 8

1

פרטי הילד

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

2

פרטי מגיש התביעה

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

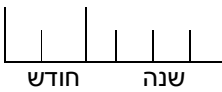
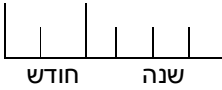
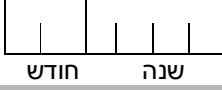
פרטים על ילדים שבגינם משולמת קצבת ילד נכה

מספר זהות	שם הילד	מספר זהות	שם הילד
		4	
		5	
		6	

פרטים על מצבו הרפואי של הילד

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

המשך - פרטים על מצבו הרפואי של הילד

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

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

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 יבדק באמצעות מסמכים וללא נוכחותו, לא ניתן יהיה לבדוק אותו לעניין "תלות לחלוטין" (בדיקה פיזית

הבוחנת את מידת התלות בעזרת הזולת, בביצוע פעולות יומיום (אכילה, נידודות בתוך הבית, הלבשה, רחצה, היגיינה אישית)). מי שנקבע לו כי הוא תלוי לחלוטין בעזרת הזולת בביצוע פעולות היומיום, זכאי לקצבה בשיעור 188%.

x חתימת התובע

7

פרטי חשבון הבנק של התובע/ת

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו 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.			
תאריך	חתימת מקבל הגמלה	חתימה/חתימות השותפים לחשבון	

8

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, דינו 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 _____ חתימת מגיש התביעה ✕ _____



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

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
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		
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 **x** _____



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 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

- המוסד לביטוח לאומי מעמיד לרשות תושבי חיפה והצפון ולרשות תושבי באר שבע והדרום, יעוץ והכוונה לוועדות הרפואיות ב"מרכז יד מכוונת".
- לביורורים 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 מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

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

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	☐ אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: _____@_____
		☐ 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	☐ אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: _____@_____
		☐ אני מאשר קבלת הודעות SMS _____

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים, נא לציין איזה ולצרף עותק.
☐ יפיו כוח ☐ צו אפטרופסות ☐ פסק דין
 אם אין ברשותך האמור לעיל, אנא מלא – אני מבקש להתמנות כמקבל גמלה
 חתימה * _____ תאריך: _____

3

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 – השיחות 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).

4

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	
☐ שותפים נוספים בחשבון		שם מלא _____ ת.ז. _____	
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
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 מושגי התשלומים. אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, 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 רופא המוסד.

אני מסכים בזאת להעביר מידע למשרד הרווחה – 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

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	
33		שנה חודש יום	
שם משפחה	שם פרטי		
חבר בקופת חולים			
☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____			

הצהרה

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 אודותי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה

**בקשה לבדיקה מחדש
למקבל קצבת ילד נכה**

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

1 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					

2 פרטי מגיש התביעה

2

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
קרבה אל הילד: ☐ הורה ☐ אח/אחות ☐ סב/סבתא ☐ אפוטרופוס (יש לצרף צו אפוטרופסות) ☐ אחר					
כתובת מגורים/מען למכתבים: ☐ עם הילד ☐ אחר, פרט:					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
☐ אני מאשר קבלת הודעות SMS		☐ 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 מנוסח 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 הפחתה).

תאריך _____ חתימת מגיש התביעה ✕ _____

עמוד 3 מתוך 3

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: שר"מ וילד נכה

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	
30		שנה חודש יום	
שם משפחה	שם פרטי		
חבר בקופת חולים			
☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____			

הצהרה

אני _____ הח"מ, מספר זהות _____

יחס קרבה לר"מ ☐ הורה ☐ אפוטרופוס ☐ 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 ✕ _____

את הבקשה לבדיקה רפואית, יש להפנות ללשכת הבריאות המחוזית באזור מגוריך.
הבקשה לבדיקה רפואית אינה תביעה לגמלת ניידות. אם תרכוש רכב חדש לפני קבלת האישור להלוואה עומדת – לא תשולם לך הלוואה עומדת בעבורו.

מדינת ישראל/לשכת הבריאות המחוזית

ב-

בקשה לבדיקה רפואית לקביעת מוגבלות בניידות

לידיעתך:

- בבקשה לבדיקה חוזרת, הוועדה רשאית לקבוע אחוזי מוגבלות נמוכים מאלה שנקבעו לך בעבר וכן לשנות החלטה לעניין שימוש בכסא גלגלים.
- אם אתה מעוניין לקבל סיוע לרכישת רכב ולקבל קצבה חודשית להוצאות ניידות מהמוסד לביטוח לאומי, אתה חייב להיבדק ע"י ועדה רפואית של לשכת הבריאות כדי שתקבע את שיעור מוגבלותך בניידות.
- לאחר קבלת ההחלטה של הוועדה הרפואית, תוכל להגיש למוסד לביטוח לאומי תביעה לגמלת ניידות בטופס תביעה לגמלת ניידות בל/8200, שאפשר להוריד גם מאתר האינטרנט של המוסד www.btl.gov.il.
- אם חלה החמרה במצבך הרפואי לעניין ניידות, ויש לך מסמכים רפואיים המעידים על החמרה, אתה רשאי להגיש בקשה לבדיקה רפואית חוזרת. את הבקשה בצירוף מסמכים רפואיים יש להגיש ל:
- 1. לשכת הבריאות המחוזית - אם חלפו 12 חודשים לפחות מיום הקביעה האחרונה של הוועדה הרפואית או הוועדה הרפואית לעררים.
- 2. למוסד לביטוח לאומי - אם טרם חלפו 12 חודשים מיום הקביעה האחרונה של הוועדה הרפואית או הוועדה הרפואית לעררים. גורם רפואי יבדוק את המסמכים ואם ימצא שיש החמרה במצבך הרפואי, פקיד התביעות יעביר את בקשתך ללשכת הבריאות.

מי רשאי להיבדק?

- אם מלאו לך שלוש שנים ולא יותר משישים ושבע שנים.
- אם גילך מעל 67, אך קיבלת הטבות לפני הגיעך לגיל זה, אתה רשאי להיבדק שוב לאחר שתקבל אישור לבדיקה חוזרת מהמוסד לביטוח לאומי.
- אם אתם שני אחים או יותר, עם קשיים בניידות, המתגוררים באותה דירה, אתם רשאים להגיש בקשה לבדיקה רפואית אף אם גילכם (או גילו של אחד מהם), פחות מ-3 שנים.

הנחיות למגיש הבקשה לבדיקה רפואית:

- עליך למלא את הפרטים בעמוד 3 ולהעביר את הבקשה לרופאך האישי למילוי חלק ב'.
- על הרופא האישי למלא את הפרטים הנדרשים בעמוד 3 חלק ב', ולציין את הסעיף וסוג הליקוי של הנבדק לפי רשימת הליקויים המופיעה בעמודים 4 ו-5.
- לתשומת ליבך** - בסעיף ה.1) "מכשיר הליכה" – הכוונה למכשיר חיצוני המוצמד **לגפה** התחתונה כדי לייצב אותה, ובלי המכשיר אי אפשר לדרוך או ללכת.
- עליך למסור או לשלוח את טופס הבקשה, בצירוף צילום מסמכים רפואיים, ישירות ללשכת הבריאות המחוזית באזור מגוריך.** (נא ראה טבלה של לשכות הבריאות מעבר לדף)
- אם כדי להתייצב בפני הוועדה הרפואית, אתה נדרש לנסוע ואינך יכול להשתמש בתחבורה הציבורית בשל מצב בריאותך ומקום מגוריך, ייתכן שתהיה זכאי להחזר הוצאות נסיעה, ובלבד שלא משולמת לך קצבת ניידות. לשם בדיקת זכאותך להחזר הוצאות נסיעה, עליך להמציא למוסד לביטוח לאומי שבאזור מגוריך את המסמכים האלה:
- 1. אישור מהרופא המחוזי לפיו היה עליך לנסוע בתחבורה שאיננה תחבורה ציבורית. 2. קבלות מקוריות על נסיעה זו.
- לאחר הבדיקה הרפואית ישלח אליך העתק מפרוטוקול הוועדה הרפואית.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך מיועד לנשים ולגברים כאחד

חובה לצרף לטופס זה:

✍ צילום מסמכים רפואיים מעודכנים **בשני העתקים**.

✍ אם אתה רתוק למיטה ומעוניין שהוועדה תסכם את ענייך על סמך ממצאים רפואיים מעודכנים וללא נוכחותך, עליך לצרף בקשה כתובה לטופס זה. הסמכות להחליט אם להיענות לבקשתך (ועדה ללא נוכחות), היא של הוועדה הרפואית בלבד ואין למוסד לביטוח לאומי כל סמכות להתערב בכך.

✍ אם הרופא האישי סבור, כי הליקוי מתאים לסעיף ח' שברשימת הליקויים המופיעה בעמודים 4 ו-5, עליך לצרף לטופס הבקשה תוצאות מעודכנות של בדיקת דופלר לעורקי הרגליים. אם אין בידיך תוצאות מעודכנות של בדיקת דופלר, תקבל הפניה מלשכת הבריאות לבצע בדיקה זו במכון מורשה. הבדיקה אינה כרוכה בתשלום.

✍ אם אתה משתמש בכסא גלגלים, יש להמציא אישור על רכישה או על השכרה של כסא הגלגלים וכן מסמך מרופא או מפדיוטרפיסט, הקובע שאתה זקוק לכסא גלגלים ומשתמש בו.

✍ אם אתה בעל רישיון נהיגה **בר תוקף** עליך לצרף לבקשה זו צילום מרישיון הנהיגה.

חובה עליך להביא עמך לבדיקה הרפואית תעודת זהות.

לשכות הבריאות המחוזיות

מחוז	כתובת	מיקוד	טלפון	פקס
אשקלון	מרכז רפואי ברזילי	78306	08-6745343	08-6745727
דרום	רח' התקווה 4, קריית הממשלה, ת"ד 10050 באר שבע	84893	08-6263550	08-6263554
חיפה	שד' פלי"ם 15א', בניין קריית הממשלה, ת"ד 800 חיפה	31999	04-8632908	04-8633110
ירושלים	רח' יפו 86, ת"ד 6016 ירושלים	94341	02-5314891	02-5314892
הצפון	רח' המלאכה 3, ת"ד 744 נצרת עילית	17000	04-6557888	04-6561465
המרכז	רח' הרצל 91, קריית הממשלה, רמלה	72430	08-9788674	08-9788684
תל אביב	רח' הארבעה 12, תל אביב	61203	03-5684664	03-5634843

לשימוש לשכת הבריאות

א. בקשה לבדיקה רפואית לקביעת מוגבלות בניידות

הבקשה התקבלה בלשכה ביום _____

אל: משרד הבריאות, לשכת הבריאות המחוזית ב- _____

פרטים על בדיקה רפואית קודמת:

נבדקתי בעבר לקביעת

מוגבלות בניידות ☐ כן ☐ לא

הבדיקה הנ"ל בוצעה בלשכת הבריאות

המחוזית ב- _____

אושפזתי בתאריך: _____

בבית חולים: _____

במחלקה: _____

אני מטופל בסניף הביטוח הלאומי

ב- _____

פרטים על רישיון הנהיגה:

בעל רישיון נהיגה בר תוקף ☐ כן ☐ לא

אם כן, יש לצרף צילום של רישיון הנהיגה.

פרטים אישיים	
מספר זהות	ס"ב
שם משפחה	
שם פרטי	
תאריך לידה	
כתובת כולל מיקוד	
תא דואר	
מספר טלפון בבית	
מספר טלפון נייד	
מספר טלפון נייד	

אני מצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים.

תאריך _____ חתימה ✕ _____

ב. חוות דעת הרופא האישי

הרופא מתבקש למלא חלק זה ולציין את הסעיף וסוג הליקוי של המבקש, לפי רשימת הליקויים. נא לדייק ברישומים ולהשתדל לכתוב בכתב ברור.

לתשומת לבך: בסעיף ה.1) "מכשיר הליכה" – הכוונה למכשיר חיצוני המוצמד לגפה התחתונה כדי לייצב אותה ובלי המכשיר אי אפשר לדרוך או ללכת.

אני, ד"ר _____ בדקתי את המבקש _____

ומצאתי כי הוא לוקה ב- _____

לדעתי, ליקוי זה הוא סעיף _____ המופיע ברשימת הליקויים בעמודים 4 ו-5.

תאריך _____ חותמת הרופא וחתימתו ✕ _____

ג. למילוי ע"י מזכיר/ת הוועדה הרפואית:

מצורף צילום רישיון נהיגה ☐ כן ☐ לא

זהות הנבדק אומתה בעת הופעתו לוועדה הרפואית לפי ☐ תעודת זהות או ☐ לפי _____

שם המאמת _____ חתימת המאמת ✕ _____

נא לצרף מסמכים רפואיים בשני העתקים

רשימת ליקויים

% מוגבלות
בניידות

80%	נקע מלידה דו-צדדי במפרקי הירכיים.	(2)
50%	נקע הברך מלווה קרע של שתי רצועות לפחות.	(3)
ה. מפרקים מדומים		
80%	מפרק מדומה בעצם הירך מתחת לאזור צוואר הירך המאפשר הליכה בעזרת מכשיר הליכה בלבד.	(1)
50%	מפרק מדומה באזור צוואר הירך.	(2)
50%	מפרק מדומה בעצם הירך.	(3)
40%	מפרק מדומה בעצם השוק.	(4)
ו. הגבלת כושר תנועת המפרקים בגפיים התחתונות או החלפתם		
כאשר מתקיימת בנבדק יותר מפסקת משנה אחת מבין אלה המנויות בפסקאות א' או ב' שלהלן, ייקבע האחוז הגבוה מבין האחוזים הקבועים בצד פסקאות המשנה המתקיימות בנבדק.		
א. הגבלות בכושר תנועת המפרקים		
50%	הגבלה בכושר תנועת מפרק הירך מלווה כוויצה כיפופית (הגבלה באכסטנזיה) העולה על 30° והתנועיות במפרק הירך (אבדוקציה או אדוקציה או רוטציה) הינה פחות מ-20°.	(1)
80%	סעיף 1 דלעיל דו-צדדי.	(2)
60%	הגבלה בכושר תנועת הברך מלווה כיפוף פחות מ-135° ויישור פחות מ-160°.	(3)
80%	סעיף 3 דלעיל דו-צדדי.	(4)
40%	דריכה על הצד החיצוני של כפות הרגליים Pes Varus maximus bilateralis	(5)
40%	דריכה על הצד הפנימי של כפות הרגליים Pes equino-Varus bilateralis	(6)
40%	דריכה על הצד הפנימי של כפות הרגליים Pes Valgus maximus bilateralis	(7)
ב. החלפת מפרקים בירך או בברך		
60%	מצב אחרי החלפת מפרק אחד, כאשר קיימים סימנים קליניים, רנטגניים או הדמייתיים אחרים להתרופפות המפרק.	(1)
50%	מצב אחרי החלפה חוזרת של מפרק אחד.	(2)
70%	מצב אחרי החלפת שני מפרקים.	(3)
80%	מצב אחרי החלפת שלושה מפרקים.	(4)
100%	מצב אחרי החלפת ארבעה מפרקים.	(5)
ז. קיצור גפה		
40%	קיצור בגפה התחתונה ב-15 ס"מ או יותר לעומת הגפה השנייה שאינה תוצאה של אחת הנכויות הנ"ל.	(1)
ח. תהליך אי-ספיקה היקפית בעורקי הגפיים התחתונות		
א. (1) מלווה בכל הממצאים הבאים במצטבר:		
(א) צליעה סירוגית בפחות מ-50 מטרים במישור, בקצב הליכה בינוני;		
(ב) העדר דפקים בעורקי Tibialis Posterior-Dorsalis Pedis;		
(ג) אינדקס לחץ דופלר קרסול - זרוע פחות מ-0.6.		
(2) כאשר קיים חשד ל- Non-Compressible Vessels, נוכחות של אחד או יותר מהממצאים הבאים:		
(א) עקומת Pulse Volume Recorder בקרסול בגובה פחות מ-10 מ"מ;		
(ב) Pulsatility Index פחות מ-8 בכף הרגל;		
(ג) גל דופלר ב-פיזי בכף הרגל;		
(ד) Toe Pressure - אינדקס לחץ בוחן - זרוע פחות מ-0.5		
(3) כאשר קיים חשד שהפרעה אינה באה לידי ביטוי במנוחה ביצוע מבחן Reactive Hyperemia על ידי חסימה קריבנית לשלוש דקות בלחץ על-סיסטולי או מבחן Tip Toeing, ובעקבותיהם רישום של אחד הממצאים הנ"ל לפחות.		
40%		

% מוגבלות
בניידות

א. שיתוקים		
הסעיפים המתייחסים לשיתוקים רלוונטיים רק אם המאורע שגרם לשיתוק אירע ששה חודשים לפחות לפני הגשת הבקשה		
100%	שיתוק מלא למעשה של שתי השוקיים המלווה שיתוק בגפה תחתונה אחת לפחות של שניים מבין שלושת השרירים הבאים:	(1)
80%	M. ileopsoas, M. quadriceps, M. gluteaeus maximus	(2)
80%	שיתוק מלא של גפה תחתונה אחת, מלווה שיתוק של קבוצות שרירים או בשוק או בירך בגפה השנייה.	(3)
80%	שיתוק מלא למעשה של אחת מהשוקיים מלווה שיתוק של שניים לפחות מבין שלושת השרירים המפורטים בסעיף 1 דלעיל.	(4)
80%	שיתוק מלא למעשה של שתי השוקיים.	(5)
50%	שיתוק מלא למעשה של שוק אחת, מלווה שיתוק של אחד השרירים המפורטים בסעיף 1 דלעיל.	(6)
50%	שיתוק חלקי של שרירי גפה תחתונה אחת הגורם להגבלה ניכרת בהפעלת מפרק הירך או הברך (לא מדובר בטווח התנועיות הפסיבית של המפרק).	(7)
א (א) שיתוק ספסטי בדרגה בינונית לפחות או אטכסיה או תנועות בלתי רצוניות בשרירי גפה תחתונה אחת - עם הפרעה בינונית בהליכה.		
40%	1. שיתוק ספסטי בדרגה בינונית לפחות או אטכסיה או תנועות בלתי רצוניות בשרירי שתי הגפיים התחתונות - עם הפרעה בינונית בהליכה, או -	(ב)
60%	2. שיתוק ספסטי בדרגה בינונית לפחות או אטכסיה או תנועות בלתי רצוניות בשרירי גפה תחתונה אחת - שעה שהליכה אפשרית בעזרת מכשיר הליכה ארוך בלבד.	(ג)
80%	1. שיתוק ספסטי בדרגה בינונית לפחות או אטכסיה או תנועות בלתי רצוניות בשרירי שתי הגפיים התחתונות, עם מכשיר ארוך אחד הנלבש על הגפה, או -	(ד)
80%	2. שיתוק ספסטי בדרגה קשה בשרירי גפה תחתונה אחת, שעה שהליכה אפשרית רק בעזרת תמיכה או עזרה של אדם נוסף.	(ה)
100%	חוסר מלא של כושר תנועה בשתי הגפיים התחתונות כתוצאה מליקויים במערכת העצבים המרכזית, בליווי של אטכסיה או תנועות בלתי רצוניות.	
ב. קטיעות		
80%	קטיעה מעל לברך בגפה אחת.	(1)
100%	קטיעה מעל לברך בשתי הגפיים.	(2)
100%	קטיעה מעל לברך בקרבת פרק הירך עם חוסר אפשרות להתקנת פרוטזה, או קטיעת הגפה דרך מפרק הירך.	(3)
40%	קטיעה בשוק.	(4)
80%	קטיעה בשתי השוקיים גם יחד.	(5)
80%	קטיעת השוק בקרבת הברך וחוסר אפשרות להתקנת פרוטזה להפעלת מפרק הברך.	(6)
40%	קטיעת כף הרגל לפי שיטת Pirogoff.	(7)
80%	קטיעת שתי כפות הרגליים לפי שיטת Pirogoff.	(8)
40%	קטיעה בשתי כפות הרגליים דרך עצמות ה-Tarsus.	(9)
ג. קישיונות		
80%	קישיון מוחלט של מפרק הירך.	(1)
100%	קישיון דו-צדדי של מפרקי הירכיים.	(2)
50%	קישיון הברך במצב של 170° - 180°.	(3)
80%	קישיון דו-צדדי של מפרקי הברכיים.	(4)
70%	קישיון מפרק הברך במצב של כיפוף גדול יותר או סטייה לצדדים.	(5)
100%	קישיון שני מפרקי הברכיים במצב של כיפוף גדול או סטייה לצדדים.	(6)
40%	קישיון פרקי הקרסול של שתי הגפיים.	(7)
ד. נקיעות		
50%	נקע מלידה במפרק הירך.	(1)

עמוד 5 מתוך 5

ג. כל הממצאים המתאימים לנכות של 70% כמפורט לעיל בתוספת כיבים איסכמים או נמק. קבעה הוועדה כי על המוגבל בניידות להיבדק במעבדת כלי דם לעניין סעיף זה, תקבע את המעבדה או המעבדות שבהן ייבדק המוגבל בניידות.	ב. 1) כל הממצאים הבאים במצטבר: א) צליעה סירוגית בפחות מ-50 מטרים במישור, בקצב הליכה בינוני; ב) העדר דפקים בעורקי Dorsalis Pedis ו-Tibialis Posterior; ג) אינדקס לחץ דופלר קרסול - זרוע פחות מ-0.4. 2) כאשר קיים חשד ל-Non-Compressible Vessels, נוכחות של אחד או יותר מהממצאים הבאים: ד) עקומת Pulse Volume Recorder בקרסול בגובה פחות מ-5 מ"מ; ה) Pulsatility Index פחות מ-5 בכף הרגל; ו) גל דופלר מונופוזי בכף הרגל; ז) Toe Pressure - אינדקס לחץ בורן - זרוע פחות מ-0.3. 3) כאשר קיים חשד שההפרעה אינה באה לידי ביטוי במנוחה ביצוע מבחן Reactive Hyperemia, על ידי חסימה קריבנית לשלוש דקות בלחץ על-סיסטולי או מבחן Tip Toeing, ובעקבותיהם רישום של אחד הממצאים הנ"ל לפחות.
ט. הפרעות במערכת כלי הלימפה 1) הפרעות במערכת כלי הלימפה בגף תחתון אחד הגורמות לאלפנטיאזיס המגבילה במידה ניכרת את התנועתיות במפרק הברך או הירך. 40% 2) סעיף 1 דלעיל דו-צדדי. 80%	
י. מומים מלידה מומים מלידה שממצאיהם הרפואיים מקבילים מבחינה אנטומית לאחד הליקויים המפורטים לעיל, יירשמו לעניין זה כליקוי עצמו.	
יא. קומה נמוכה 1) מי שמלאו לו 18 שנים ואורך גפיו התחתונות אינו עולה על 61 ס"מ 80% 2) מי שמלאו לו 18 שנים ואורך גפיו התחתונות אינו עולה על 72 ס"מ 50% 3) לגבי מי שמלאו לו 6 שנים וטרם מלאו לו 18 שנים – אחוז המוגבלות בניידות יהיה האחוז הנקוב בטבלה הבאה:	

אורך גפה תחתונה בס"מ ואחוז הליקוי המתאים		גיל
רמה ב' - 50%	רמה א' - 80%	
48	40	6
49	41	6.5
50	42	7
51	43	7.5
52	44	8
53	45	8.5
54	46	9
55	47	9.5
56	48	10
57	49	10.5
58	50	11
60	51	11.5
61	52	12
62	53	12.5
64	54	13
65	55	13.5
66	56	14
68	57	14.5
69	58	15
70	59	15.5
71	60	16
71	60	16.5
72	61	17
72	61	17.5
72	61	18
לעניין זה, אורך הגפה יימדד מהבליטה הקדמית העליונה של עצם הכסל ועד לפטישון הפנימי של אותה הרגל. [Ant. Superior Iliac Spine to Med. Malleolous]		



תביעה להטבות על פי הסכם הניידות

חובה לצרף לטופס זה

- ✍ מסמכים רפואיים שהמצאת לווועדה הרפואית בלשכת הבריאות או לווועדה הרפואית לעררים.
- ✍ סיכומי מחלה - אם לאחר הבדיקה האחרונה בלשכת הבריאות או בוועדה לעררים, אושפזת שוב.
- ✍ אישור רפואי מעודכן - אם חלפה שנה מאז נבדקת בוועדה הרפואית, למעט אם נקבע לך ליקוי לצמיתות ואתה מקבל הטבות בניידות.
- ✍ צילום רישיון הרכב שברשותך שאתה משתמש בו.
- ✍ אם ברשותך רכב בליסינג תפעולי ואתה בעל רישיון נהיגה ועובד, יש לצרף את צילום החוזה שלך עם המעסיק לעניין הליסינג.
- ✍ אם ברשותך רכב שנרכש בליסינג מימוני, יש לצרף צילום מהחוזה שלך עם חברת הליסינג.
- ✍ צילום של רישיון הנהיגה שלך או של מי שאתה מבקש שינהג ברכב.
- ✍ צילום פוליסת ביטוח מקיף, התקפה למועד הגשת תביעה זו.
- ✍ אישור בית ספר/מוסד על לימודים – לבני 3-21, שאינם נוהגים.
- ✍ צילום צו אפוסטרופסות - לתובע שמונה לו אפוסטרופוס.
- ✍ אם אתה שוהה בחו"ל כי אתה או בן זוגך או אחד מהורייך עובד בחו"ל בשליחות המדינה או מטעם מעסיק ישראלי, נא צרף אישור מהמעסיק בציון תקופת העבודה בחו"ל.
- ✍ אם אתה שוהה בחו"ל לצורך קבלת טיפול רפואי (למעט טיפולי ספא/מרחצאות), נא צרף אישור מהגורם המטפל בחו"ל בציון סוג הטיפול ותקופת קבלת הטיפול.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ✍ את טופס התביעה ניתן:
 - למלא ידנית ולשלוח יחד עם מסמכים נלווים באופן מקוון באמצעות אתר האינטרנט של המוסד.
 - לשלוח בדואר, למסור לפקיד קבלת קהל בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך, להכניס לתיבת השירות המוצבת מחוץ לסניף, לשלוח עם מסמכים נלווים באמצעות פקס, אין חובה להגיש מסמכים מקוריים.
 - עם זאת, המוסד יהיה רשאי לדרוש הצגה של מסמך מקורי, אם הצילום או הפקס שהתקבל אינו ברור, או מכל סיבה אחרת, לפי שיקול דעתו של פקיד התביעות.
- ✍ אפשר להגיש את התביעה רק לאחר שוועדה רפואית בלשכת הבריאות או הוועדה לעררים, קבעה לך מוגבלות בניידות.
- ✍ לפני הגשת התביעה – בדוק האם יש מסמכים נוספים (לאלה הרשומים לעיל) שעליך לצרף, לפי ההנחיות בגוף התביעה.
- ✍ מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

לתשומת ליבך

- ✍ חובה לחתום על כתב ההתחייבות בעמוד 7 או 8 בטופס.
- ✍ רצוי שתבדוק האם אתה עשוי להיות זכאי לקצבת נכות כללית או לגמלה לשירותים מיוחדים או לגמלת ילד נכה.
- ✍ אם בשל סיבה רפואית או מבחינה גופנית או בשל הגבלות בנהיגה אתה זקוק לרכב מיוחד, זכותך לבקש להיבדק לעניין רכב מיוחד. נא מלא נספח בעמוד 5.
- ✍ אין להזמין רכב לפני קבלת האישור בדבר הלוואה עומדת, שכן אתה עלול לגרום לעצמך נזק כספי.
- ✍ אין לראות בהגשת תביעה זו אישור לזכאות.
- ✍ אם תרכוש רכב חדש לפני קבלת האישור להלוואה עומדת – לא תשולם לך הלוואה עומדת בעבורו.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות



תביעה להטבות על פי הסכם הניידות

1

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות		תאריך לידה	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)							
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד		
טלפון קווי	טלפון נייד	☐ אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: _____ @ _____					
		☐ אני מאשר קבלת הודעות SMS					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)							
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד		

2

פרטים על שהות בפנימייה/במוסד/במעון/בבית חולים/בהוסטל

האם אתה שוהה במוסד (כגון פנימייה או מעון/ או בית חולים או הוסטל)?
☐ לא ☐ כן. שם המוסד או בית החולים: _____
 מען: _____ שוהה מתאריך: _____

האם אתה יוצא מהמוסד ברכב פרטי, שלא על חשבון קופה ציבורית לפחות 6 פעמים בחודש?
☐ לא ☐ כן - נא להמציא טופס הצהרה דודו ובו פירוט היציאות לשלושה חודשים אחרונים, ממולא וחתום כנדרש (אפשר לקבל אותו מעובד סוציאלי של המוסד שבו אתה שוהה, או לפנות למוקד הטלפוני של המוסד לביטוח לאומי או לסניף המטפל).

האם הגשת בקשה להתקבל למוסד או לפנימייה או למעון?
☐ לא ☐ כן. שם המוסד/פנימייה/מעון: _____
 נא להמציא אישור מתי הגשת את הבקשה ובאיזה שלב נמצא הטיפול בה.

האם אושפזת שוב בבית חולים מאז הבדיקה הרפואית האחרונה בלשכת הבריאות או בוועדת עררים?
☐ לא ☐ כן. מתאריך: _____ עד תאריך: _____
 סיבת האשפוז: _____ נא להמציא סיכום מחלה

האם עברת ניתוח מאז הבדיקה הרפואית האחרונה בלשכת הבריאות או בוועדת עררים?
☐ לא ☐ כן. ציין סוג הניתוח: _____ תאריך ביצוע: _____
 נא להמציא סיכום מחלה

האם ערערת או שיש בכוונתך לערער על החלטת הוועדה הרפואית המחוזית?
☐ לא ☐ כן
 בכל מקרה – נא להמציא את כל החומר הרפואי שהמצאת לוועדה הרפואית בלשכת הבריאות או לוועדה הרפואית לעררים

3

גמלאות שלא מביטוח לאומי

האם אתה מקבל גמלת נכה מהגורמים האלה:

משרד הביטחון	☐ לא ☐ כן. מס' תיק:	
המשטרה	☐ לא ☐ כן. מס' תיק:	
משרד האוצר – מלחמה בנאצים	☐ לא ☐ כן. מס' תיק:	
האם הגשת בקשה לתגמול מאחד הגורמים המפורטים לעיל? ☐ לא ☐ כן. יש לציין ממי: _____		

4

פרטים על קרוב משפחה שהוא מוגבל בניידות

האם מתגורר איתך בבניין קרוב משפחה שהוא מוגבל בניידות?	☐ לא ☐ כן
האם מתגורר איתך בדירה קרוב משפחה שהוא מוגבל בניידות?	☐ לא ☐ כן
האם בבעלות קרוב המשפחה רכב שנרכש באמצעות הלוואה עומדת?	☐ לא ☐ כן
אם ציינת "כן" לאחד מאלה, נא ציין את פרטי קרוב המשפחה להלן:	
שם משפחה	שם פרטי
יחס קרבה	מספר זהות
האם רצונך לרכוש רכב משותף עמו? ☐ לא ☐ כן	
בבקשה לרכב משותף חייב השותף בהגשת תביעה נפרדת.	

5

פרטים תעסוקתיים

עיסוק המוגבל בניידות:

☐ עובד	☐ לא עובד	☐ לומד	☐ חייל	☐ שירות לאומי	☐ חבר קיבוץ
פרטי מקום העבודה:					
שם מקום העבודה: _____					
כתובת מקום העבודה: _____					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
נסיעות אל מקום העבודה וממנו:					
המרחק ממקום מגוריך למקום עבודתך הקבוע <u>הלור ושוב</u> הוא:					
☐ פחות מ-40 ק"מ					
☐ 40 ק"מ ויותר. ציין מרחק: _____ תאריך תחילת עבודה: _____					
האם אתה נוסע <u>בקביעות</u> למקום עבודתך ברכב שבגינו אתה מקבל / מבקש קצבת ניידות? ☐ לא ☐ כן					
האם קיימת הסעה מאורגנת למקום העבודה? ☐ לא ☐ כן					

6

פרטי רכב ללא הלוואה עומדת

האם מאז פנייתך ללשכת הבריאות היה או יש ברשותך ואתה משתמש?
ברכב שנרכש ללא הלוואה עומדת:

☐ לא ☐ כן. נא המצא צילום של רישיון רכב וצילום של הביטוח המקיף.

אם הרכב נמכר, נא ציין את מועד מכירתו: _____
רכב בליסינג תפעולי מטעם מקום עבודתך (לבעלי רישיון נהיגה בלבד):

☐ לא ☐ כן, נא המצא צילום של רישיון הרכב, צילום של הביטוח המקיף וצילום מהחוזה שלך עם המעסיק בדבר ליסינג תפעולי.

אם חוזה הליסינג הופסק, ציין את התאריך שבו הוחזר הרכב לחברה _____ המצא על כך אישור מהמעסיק.

7

אירועים מיום רכישת הרכב או מיום קבלת רכב בליסינג תפעולי (צרף אישורים מאמתים)

א. האם מאז רכישת הרכב שנרכש עם או בלי הלוואה עומדת, או מיום קבלת רכב בליסינג תפעולי, ארע אחד מאלה? (ציין ✓ ותאריכים)

פרטים	למילוי ע"י המוגבל בניידות		למילוי ע"י מורשה הנהיגה	
	מתאריך	עד תאריך	מתאריך	עד תאריך
☐ הייתי מאושפז				
☐ הייתי במאסר				
☐ הרכב ניזוק והושבת				
☐ הרכב לא היה בשימוש מסיבה אחרת				
☐ רישיון הנהיגה שלי נשלל או נפסל או הותלה				
☐ המוגבל בניידות ומורשה הנהיגה חדלו להתגורר יחד				
☐ חברת הביטוח קבעה שהרכב אבד/נהרס				
☐ לא אירע אחד מאלה				
ב. פרטים בדבר הביטוח (למילוי ע"י המוגבל בניידות):				
☐ רכבי היה מבטוח בביטוח מקיף מאז רכישתו	☐ כן	☐ לא		
☐ רכבי היה מבטוח בביטוח חובה מאז רכישתו	☐ כן	☐ לא		
חתימת התובע ✕		חתימת מורשה הנהיגה ✕		

8

פרטים בדבר רישיון נהיגה

האם אתה בעל רישיון נהיגה בר תוקף? ☐ לא ☐ כן. נא המצא צילום רישיון הנהיגה.
האם נדרשת לעבור בדיקת כשירות נהיגה ו/או מבחן נהיגה וטרם עברת? ☐ לא ☐ כן

9

בקשה לאישור נהגים ברכב

אני החתום מטה מבקש לאשר לרשומים מטה לנהוג ברכב ואני מצהיר שבכל אחד מהם מתקיימים התנאים שלהלן:
1. הוא קרוב משפחה. ציין קרבה: _____
(ניתן לבקש על פי ההסכם רק קרוב משפחה שהוא אחד מאלה: בן/בת זוג, הורה, אח/אחות ובני זוגם, אחיין/אחיינית, בן/בת ובני זוגם, סבא/סבתא, גיס/ה, נכד/ה או מטפל שסועד אותך בחוב שעות היממה.)
2. הוא גר עמי בקביעות באותו בניין או במרחק שאינו עולה על 1500 מטר בקו אווירי מביתי.
3. הוא בעל רישיון נהיגה בר תוקף – נא לצרף רישיון נהיגה.
אם אתה מבקש לאשר כמורשה נהיגה מטפל בשכר, יש להמציא צילום מחוזה העסקה חתום.
חתימת התובע ✕

הצהרת הנהגים:

אני מצהיר שמתקיימים בי התנאים הנ"ל.

פרטי הנהגים	נהג 1	נהג 2	נהג 3	נהג 4
שם משפחה				
שם פרטי				
מספר זהות				
מען מגורים				
טלפון קווי/נייד				
יחס קרבה לתובע				
עיסוק הנוהג				
מען מקום העבודה				
חתימה	✕	✕	✕	✕

- על הנהגים הנ"ל לחתום על כתב התחייבות בעמוד 9 בחלק ב' או ג' לפי העניין.
- אם אתה מעוניין בנהגים נוספים, יש לצרף פרטיהם במכתב נלווה.

10

פרטים על תביעת פיצויי נזיקין מצד שלישי

1. האם נכותך נגרמה כתוצאה מתאונה? (תאונה = תאונת דרכים או תאונה אחרת הנגרמת עקב רשלנות הזולת, תקיפה וכד')

☐ לא. עבור לסעיף 11

☐ כן. סוג התאונה: ☐ תאונת דרכים ☐ אחר:

2. האם נמסרה הודעה למשטרה?

☐ לא ☐ כן, לתחנת המשטרה ב: _____ מס' תיק: _____

3. האם הגשת או אתה עומד להגיש תביעה לפיצויי נזיקין?

☐ לא ☐ כן, הנתבע הוא: _____ תאריך הגשת התביעה: _____

4. עורך הדין המייצג אותך בתביעה:

שם: _____ טלפון: _____ טלפון נייד: _____

5. האם קיבלת פיצויים בגין התאונה? ☐ טרם קיבלתי פיצויים ☐ קיבלתי פיצויים, נא לצרף צילום מפסק הדין

הגוף המפצה: _____ תאריך הפיצוי: _____

11

פרטי חשבון הבנק של התובע

אם יגיעו תשלומים, אבקש לזכות את מספר החשבון המפורט להלן:

שמות השותפים לחשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

לתובע שנתמנה לו אפוטרופוס, יש להמציא צו אפוטרופוסות (מקור או צילום), שעליו חותמת עורך דין "נאמן למקור".

החשבון מתנהל על שם: ☐ התובע ☐ אחר, פרט: _____

אני/מוסכים/ים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, 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 _____ חתימה _____

12

הצהרת התובע ו/או מגיש התביעה

אני החתום מטה תובע גמלה לפי הסכם הניידות ומצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

אני מתחייב כי אודיע למוסד לביטוח לאומי מיד על כל שינוי שיחול באחד הפרטים בתביעה זו, כולל שינויים בהכנסותי מעבודה, ממשלח יד, מפנסיה או מגמלה אחרת מביטוח לאומי.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים ו/או מסירת פרטים כוזבים 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 זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

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.

תאריך _____ שם המוגבל בניידות/אפוטרופוס _____ חתימת המוגבל בניידות/אפוטרופוס *

לתובע קטין - נדרשות חתימות ההורים:

תאריך _____ שם ההורה _____ חתימת ההורה *
תאריך _____ שם ההורה _____ חתימת ההורה *

נספח

להלן הרכבים הקובעים על פי הסכם הניידות למתן הטבות:

- 👉 **1300 סמ"ק** - למוגבל בניידות חסר רישיון נהיגה או בעל רישיון נהיגה ששיעור מוגבלותו בניידות עד - 79%.
- 👉 **1800 סמ"ק** - למוגבל בניידות בעל רישיון נהיגה ששיעור מוגבלותו הוא 80% ומעלה.
- 👉 **2000 סמ"ק** - למוגבל בניידות ששיעור מוגבלותו בניידות הינו 100%, והוא בעל רישיון נהיגה, מרותק לכיסא גלגלים או מרכיב שני מכשירים ארוכים על שתי רגליו, עובד ומשתכר והיה כזה במשך 21 חודשים מתוך 24 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

אם **מסיבה רפואית** או **מבחינה גופנית** או **בשל הגבלות בנהיגה** (להלן "צרכים מיוחדים"), אתה זקוק לרכב שונה מהרכב הקובע לגביך על פי ההסכם, **זכותך לבקש להיבדק במכון לקביעת רכב אחר**.
נא סמן X במשבצת המתאימה:

- ☐ אני לא מעוניין להיבדק במכון הרפואי לבטיחות בדרכים.
- ☐ נבדקתי בעבר בוועדה לגודל רכב ואני מעוניין לקבל הטבות לפי דגם הרכב, אשר אושר לי בבדיקה האחרונה.

-
- ☐ אני מעוניין להיבדק במכון הרפואי לבטיחות בדרכים לשם בדיקת זכאותי לרכב קובע שונה מהאמור לעיל.
- ☐ אני מעוניין להיבדק במכון הרפואי לבטיחות בדרכים לקביעת רכב עם מעלית או עם מושב נשלף.
- לידיעתך:** אם נבדקת בעבר בוועדה לגודל רכב, הוועדה רשאית להמליץ על רכב שנפח מנועו קטן או מחירו זול יותר מהרכב שאושר לך בבדיקה הקודמת, וכן לשנות את החלטתה לעניין הצורך ברכב עם מעלית או עם מושב נשלף.

נא לנמק מהם הצרכים המיוחדים שבגינם אתה זקוק לרכב מיוחד:

האם הנך נמצא בתהליך של החלפת כסא גלגלים במשרד הבריאות: ☐ כן ☐ לא

תאריך _____ שם מלא של המוגבל בניידות / אפטרופוס _____
חתימה של המוגבל בניידות / אפטרופוס _____



מס' זהות של המוגבל בניידות

ב"ס

המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות

ניידות

כתב התחייבות

חלק א': לחתימת המוגבל בניידות

דברי המבוא מהווים חלק בלתי נפרד מהסכם הניידות ומכתב ההתחייבות.

הואיל: והנני מוגבל בניידות לפי ההסכם בדבר גמלת ניידות מיום 1.6.1977 שבין המוסד לביטוח לאומי (להלן המוסד) לבין ממשלת ישראל, אשר תוקן מעת לעת (להלן ההסכם).
והואיל: והנני עומד לקבל הטבות מכוח ההסכם הניידות, או הלוואה לרכישת רכב מכוח ההסכם בדבר מתן הלוואות לרכישת רכב למוגבלים בניידות, שנחתם בין המוסד לבין משרד האוצר ביום 10.5.1981 ואשר תוקן מעת לעת (להלן ההסכם בדבר מתן הלוואות).

והואיל: וידוע לי שעלי להודיע למוסד על כל שינוי שעשוי להשפיע על זכאותי להטבות על פי ההסכם.
לפיכך ולאור האמור לעיל הנני מתחייב בזה כדלקמן:

1. להודיע למחלקת ניידות בכתב ומיד על:

- א. כל שינוי במצבי הרפואי ו/או הגופני ו/או מגבלותי ו/או ביכולת הניידות שלי.
- ב. היותי שוהה במוסד (כגון: פנימייה/מעון/הוסטל), או אם הגשתי בקשה להתקבל למוסד כאמור.
- ג. אשפוזי בבית חולים ו/או אם עברתי ניתוח לאחר הבדיקה הרפואית האחרונה בלשכת הבריאות או בועדת עררים, ולהמציא למוסד סיכום מחלה.
- ד. שלילה, התלייה, אי-חידוש, אי-נהיגה בפועל, או כל שינוי אחר בתנאי רישיון הנהיגה שלי ו/או של "מורשה הנהיגה" שלי.
- ה. גניבה, הרס שנגרמו לרכב ו/או לאבזרים המיוחדים ו/או למיתקן ההרמה/רובוט, או נזק בתאונה שנגרם לרכב ו/או לאבזרים המיוחדים, ועל כל סכום שאקבל מחברת הביטוח בגין אחד מהאירועים הללו.
- ו. כוונה למכור או למסור לאחר את הרכב ו/או את האבזרים המיוחדים ו/או את מיתקן ההרמה/רובוט.
- ז. כל מקרה בו אפסיק להשתמש ברכב (לרבות שימוש כדיון), או שרישיון הרכב לא חודש לתקופה העולה על שלושה חודשים.
- ח. הפסקת שימוש בקביעות ברכב לצורך נסיעה למקום עבודתי - חל רק על מוגבל בניידות המקבל תוספת קצבה בגין מרחק.
- ט. התחלת עבודה, הפסקת עבודה, שינוי במקום העבודה, קבלת תשלומים מקרן השתלמות.
- י. שינוי במקום המגורים שלי ו/או של "מורשה הנהיגה" שלי.
- יא. יציאתי את הארץ לתקופה העולה על שלושה חודשים רצופים.
- יב. הסדר לפיו בשל היותי נכה אני: פטור מתשלום מסים החלים על הרכב, כולם או חלקם, או שאני זכאי לקבל הלוואה לכיסויים שלא על פי ההסכם הניידות.
- יג. זכאי לתשלום עבור החזקת רכב או עבור השתתפות בהוצאות ניידות שלא על פי ההסכם הניידות.
- יד. זכאי לקבל מיתקן הרמה/רובוט או מענק לרכישתם שלא על פי ההסכם הניידות.
- יז. זכאי לקבל אבזרים מיוחדים או מענק לרכישתם שלא על פי ההסכם הניידות.
- יח. זכאי לקבל אבזרים לרכב פרטי או מענק לרכישתם שלא על פי ההסכם הניידות.
- יט. מעצרי או מאסרי.
- כ. החזרת רכב שהועמד לרשותי ולשימושי על ידי המעסיק בשיטת ליסינג תפעולי – לחברה.
- כא. החזרת רכב שנרכש על ידי בשיטת ליסינג מימוני לחברת הליסינג.
- כב. להמציא למוסד לפי דרישתו צילום רישיון נהיגה בר תוקף שלי ו/או של "מורשה הנהיגה" שלי.
- כג. להמציא למוסד לפי דרישתו צילום רישיון רכב בר תוקף.
- כד. אם תשלום לי קצבת ניידות כחסר רכב שוהה במוסד, אני מתחייב להמציא למחלקת ניידות, דו"ח פירוט חודשי של יציאותי את חצרי המוסד ברכב מנועי, חתום על ידי ועל ידי מנהל המעון/עו"ס של המעון, בהתאם לדרישות המוסד.

חלק א': המשך

סעיפים 5-19 להלן חלים רק על מי שקיבל הלוואה עומדת לרכישת רכב ו/או הלוואה לרכישת רכב מכח ההסכם בדבר מתן הלוואות ו/או הלוואה לרכישת אבזרים מיוחדים ו/או הלוואה לרכישת מיתקן הרמה/רובוט:

5. לא להתיר לאיש, זולת "מורשה הנהיגה" שאושר ע"י המוסד, לנהוג ברכב, למעט אם אמצא ברכב כל זמן נהיגתו של נהג אחר שהוא בעל רישיון נהיגה בר-תוקף. (חל רק על מי שקיבל הלוואה עומדת)
6. לבצע מבחן רישוי ולחדש את תוקף רישיון הרכב במועד.
7. לבטח את הרכב במלוא ערכו, מיד עם רכישתו וכל עוד הרכב בבעלותי - בביטוח מקיף, לקיים את כל הדרישות הקיימות בפוליסת הביטוח ולהמציא למוסד לפי דרישתו העתק מהפוליסה. ידוע לי כי אם לא אבטח את הרכב בביטוח מקיף, והרכב ייגנב או יהרס בטרם עת, לא אהיה זכאי לקבל מאת המוסד הלוואה עומדת להחלפת רכב בטרם עת, ואהיה חייב בהחזר ההלוואות שניתנו לי לרכישת הרכב.
8. לשעבד את הרכב לטובת המוסד ו/או לטובת הבנק בהתאם לחוק המשכון תשכ"ז – 1967, ולפי תקנות המשכון סדרי רישום ועיון התשנ"ד - 1994, וכן לרשום את דבר השעבוד במשרד הרישוי וברישיון הרכב, אם אדרש לעשות זאת ע"י המוסד.
9. לשעבד את פוליסת הביטוח המקיף לטובת המוסד, אם המוסד דרש זאת ממני.
10. ידוע לי כי אין לשעבד, למשכן, להטיל עיקול או להשתמש ברכב ו/או באבזרים המיוחדים ו/או במיתקן ההרמה/רובוט, כערובה לכל חוב, אלא לאחר קבלת אישור מהמוסד. ללא אישור מראש מאת המוסד, יחשב הדבר כהפרת התחייבות.
11. לא להוציא את הרכב, בעבורו קיבלתי הלוואה עומדת, את גבולות הארץ, ללא אישור מראש ובכתב מאת המוסד לביטוח לאומי.
12. לרכוש רכב שניתן להיכנס לתוכו בישיבה בכיסא גלגלים, או שניתן לנהוג בו תוך ישיבה בכיסא גלגלים, אם ניתנה לי הלוואה עומדת לרכישת רכב כזה, ולהתקין ברכב את האבזרים המיוחדים אשר המכון הרפואי לבטיחות בדרכים קבע שאני זקוק להם.
13. להשתמש בהלוואה לאבזרים מיוחדים ששולמה לי ע"י המוסד, למימון הרכישה וההתקנה של האבזרים המיוחדים ולא לכל מטרה אחרת.
14. לרשום את האבזרים המיוחדים ברישיון הרכב, מיד עם סיום התקנתם, ולהמציא למוסד צילום מרישיון הרכב מיד עם קבלתו.
15. לבטח את האבזרים המיוחדים, בהתאם לעלותם הכוללת כפי שחושבה לצורך מתן ההלוואה שקבלתי לצורך רכישתם מאת המוסד, מיד עם רישומם ברישיון הרכב שלי, וכל עוד הם בבעלותי, ולהמציא למוסד העתק מהפוליסה אחת לשנה.
- ידוע לי כי אם לא אבטח את האבזרים המיוחדים בביטוח מקיף והאבזרים ייגנבו או יהרסו בטרם עת, לא אהיה זכאי לקבל מאת המוסד הלוואה לרכישת אבזרים מיוחדים בטרם עת, ואהיה חייב בהחזר ההלוואה שניתנה לי לרכישת האבזרים המיוחדים.
16. להעביר את האבזרים המיוחדים מרכב לרכב בעת החלפת הרכב בטרם עת, אם המכון הרפואי לבטיחות בדרכים קבע כי הרכב לא מתאים עוד לצרכי, והמוסד אישר שניתן להעביר את האבזרים המיוחדים לרכב הקובע החדש.
17. להחזיר למוסד את ההלוואה העומדת ו/או את ההלוואה לרכישת אבזרים מיוחדים ו/או את ההלוואה לרכישת מיתקן הרמה/רובוט, במועדים ובתנאים המפורטים בהסכם. ידוע לי כי במקרה של פטירה, חובת ההחזר תחול על היורשים שלי.
18. להחזיר למוסד באופן מיידי, את כל סכום המקדמה שניתנה לי לרכישת רכב מכוח ההסכם בדבר מתן הלוואות, אם לא רכשתי רכב עם הלוואה עומדת מכל סיבה שהיא, או אם לפני רכישת הרכב חדל להתקיים בי תנאי מהתנאים המזכים בהלוואה.
19. להחזיר למוסד את ההלוואה שניתנה לי לרכישת רכב מכוח ההסכם בדבר מתן הלוואות, במועדים ובתנאים המפורטים בהסכם בדבר מתן הלוואות. ידוע לי כי במקרה של פטירה, חובת ההחזר תחול על היורשים שלי.

חתימה של המוגבל בניידות / אפטרופוס

שם מלא של המוגבל בניידות / אפטרופוס

תאריך

* לגבי קטין – נדרשת חתימה של שני ההורים.

חלק ב': לחתימת "מורשה הנהיגה" של מוגבל בניידות חסר רישיון נהיגה

הואיל: ואושרתי ע"י המוסד לשמש כ"מורשה נהיגה" של המוגבל בניידות, וקיבלתי על עצמי להסיעו ברכב;

והואיל: והנני גר בקביעות באותו בניין בו גר המוגבל בניידות, או במרחק שאינו עולה על 1500 מטר בקו אווירי מביתו, או בבניינים הקרובים ביותר זה לזה בתחום אותו יישוב.

לפיכך ולאור האמור לעיל הנני מתחייב בזה כדלקמן:

1. להסיע את המוגבל בניידות באורח קבע למען צרכיו היום יומיים, ולא להשתמש ברכב באופן בלעדי למען צרכי.
2. להודיע למחלקת ניידות אם ארע לי אחד מן המקרים המפורטים בחלק א' לעיל בסעיפים 1 ד', י', יא', יג', וכן, אם אינני "קרוב משפחה" ומוניתי כ"מורשה נהיגה" מטפל – להודיע למחלקת ניידות על כל שינוי בתנאי העסקת.
3. ידוע לי כי במקרה של פטירה של המוגבל בניידות, חובת ההחזר של ההלוואות שניתנו לו לצורך רכישת הרכב ו/או האבזרים המיוחדים ו/או מיתקן ההרמה/חבוט תחול על היורשים.
4. ידוע לי כי אם אפר התחייבות כלשהי מהתחייבויותי בכתב התחייבות זה, יהא המוסד רשאי לבטל את האישור שניתן לי לנהוג ברכב.

תאריך	שם "מורשה הנהיגה" 1	ת.ז.	חתימה
_____	_____	_____	_____ x
תאריך	שם "מורשה הנהיגה" 2	ת.ז.	חתימה
_____	_____	_____	_____ x
תאריך	שם "מורשה הנהיגה" 3	ת.ז.	חתימה
_____	_____	_____	_____ x
תאריך	שם "מורשה הנהיגה" 4	ת.ז.	חתימה
_____	_____	_____	_____ x

חלק ג': לחתימת "מורשה הנהיגה" של מוגבל בניידות בעל רישיון נהיגה

הואיל: והמוסד התיר לי לנהוג ברכבו של המוגבל בניידות;

והואיל: והנני גר בקביעות באותו בניין בו גר המוגבל בניידות, או במרחק שאינו עולה על 1500 מטר בקו אווירי מביתו, או בבניינים הקרובים ביותר זה לזה בתחום אותו יישוב;

לפיכך ולאור האמור לעיל, הנני מתחייב בזה כדלקמן:

להודיע למחלקת ניידות על:

1. כל שינוי במקום המגורים שלי.
2. שלילה, התלייה או אי חידוש של רישיון הנהיגה שלי.
3. ידוע לי כי במקרה של פטירה של המוגבל בניידות, חובת ההחזר של ההלוואות שניתנו לו לצורך רכישת הרכב ו/או האבזרים המיוחדים ו/או מיתקן ההרמה/חבוט תחול על היורשים.

תאריך	שם "מורשה הנהיגה" 1	ת.ז.	חתימה
_____	_____	_____	_____ x
תאריך	שם "מורשה הנהיגה" 2	ת.ז.	חתימה
_____	_____	_____	_____ x
תאריך	שם "מורשה הנהיגה" 3	ת.ז.	חתימה
_____	_____	_____	_____ x
תאריך	שם "מורשה הנהיגה" 4	ת.ז.	חתימה
_____	_____	_____	_____ x

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נ"ד



שם הגמלה: ניידות

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה
15		
		יום חודש שנה

קוד גמלה

15

תאריך תביעה

מספר זהות/דרכון

שם פרטי

שם משפחה

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר

אני הח"מ, שפרט"י 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.

x

חתימת המבוטח

תאריך

אזהרה: טופס זה מכיל מידע
מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות.
המוסדו שלא כדין עובר עבירה.

הערה: ההנחות לא ניתנות
באופן רטרואקטיבי.

לכבוד - גב' אהובה רובס
אגף השיקום
משרד הרווחה
ת.ד. 1260
ירושלים 9101201

הנידון: בקשה לקבלת הנחה בהתקנת/ בהעתקה/ בתשלום חשבון טלפון

- הנני מבקש לקבל את אישורכם: ☐ להנחה בהתקנת טלפון
(יש לסמן x במשבצת ליד ההנחה המבוקשת) ☐ להנחה בחשבון טלפון
☐ להנחה העתקת טלפון

להלן פרטי בעל הנכות:

מספר זהות:	שם משפחה:	שם פרטי:

טלפון + קידומת	ישוב	כתובת מלאה כולל מס' דירה	מיקוד

אם בעל הטלפון שונה מבעל הנכות מלא גם את הפרטים של בעל הטלפון:

מס' זהות:	שם משפחה:	שם פרטי:

קרבת בעל הטלפון לנכה:

- ☐ הורה ☐ משכיר ☐ אפוטרופוס ☐ קרוב משפחה
☐ אחר, פרט: _____

מצ"ב המסמכים הבאים:

☐ תצלום תעודת זהות הכולל מס' זהות, שם וכתובת מגורים
(בקשה להנחה בגין קצבת ילד נכה, יש לצרף תצלום מהדף בו מופיעים פרטי הזהות של
הילד הנכה).

☐ תצלום חשבון טלפון האחרון

☐ תצלום חוזה שכירות עדכני (יצורף ע"י פונה הגר בשכירות אשר הטלפון בדירה אינו רשום
על שמו).

לבקשה לאישור הנחה כנכה יש לשלוח בנוסף אישורים עדכניים:

☐ אישור ועדה רפואית של המוסד לביטוח לאומי המעידה על נכות רפואית של 80%
ומעלה

☐ אישור על קצבת נכות של המוסד לביטוח לאומי בשיעור של 75% ומעלה
(על האישורים להיות בתוקף לחצי שנה הקרובה. רק צרוף שני האישורים יזכה בהנחה
המבוקשת).

לבקשה לאישור הנחה בגין ילד נכה או כחולה דיאליזה יש לשלוח גם:

☐ תצלום מקצבת ילד נכה ברמת זכאות של 100% עד 120% (על האישור להיות בתוקף לחצי
השנה הקרובה).

☐ תצלום אישור ממרכז דיאליזה, המוכר ע"י משרד הבריאות, המעיד שהפונה נמצא בטיפול
דיאליזה קבוע במרכז

לבקשה לאישור הנחה כעיוור יש לשלוח גם:

☐ תצלום מתעודת עיוור של השירות לעיוור באגף השיקום, משרד הרווחה
(על התעודה להיות בתוקף לחצי שנה הקרובה).

הצהרת הפונה:

הריני מצהיר בזה שבמכשיר הטלפון מצוי במקום מגורי, וכי כל הפרטים שנמסרו על ידי נכונים.
במידה שתאושר בקשתי והטלפון כבר לא יהיה בשימושי, הנני מתחייב להודיע על כך לסניף "בזק"
הקרוב למקום מגורי.

חתימה:

תאריך:



תאריך: _____

אל: היחידה לטיפול במוגבלי נידות, מרכז פניות הציבור
ת.ד. 72 חולון 58100

טופס בקשה לקבלת תג חניה לנכה ופטור מאגרת רישוי

☐ במקרה של חידוש

מספר רכב _____ מספר רכב נוסף _____

פרטי הנכה/מוגבל הניידות

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות (ת"ז)	תאריך לידה
ישוב	כתובת	טלפון	אימייל (E-mail)

לבקשה יש לצרף (נא לסמן X למסמכים שצורפו)

- ☐ צילום ת"ז (במקרה של ת"ז דיגיטלית, יש לצלם גם את הצד האחורי של התעודה) וכל הספחים
- ☐ צילום רישיון רכב
- ☐ מסמכים רפואיים עדכניים מרופאים מקצועיים עם התייחסות ליכולת התנועה ולהשאיר בידך צילום מכיוון שאין החזרת מסמכים (נא לא לשלוח דיסקים וצילומי רנטגן). אישור מביטוח לאומי על אחוזי נכות אינו מספק לקביעת זכאות לתג נכה בניידות, יש לצרף מסמכים רפואיים עם חותמת רופא
- ☐ צילום צ'ק על שם הנכה ובת/בן זוג/הורה לקטין/אפוטרופוס ופרטי חשבון במק לקבלת החזר אגרה (במידה והנך עומד בתנאים)

אם הרכב האמור אינו רשום על שם הנכה יש לצרף את המסמכים לפי התנאים הבאים

- ☐ הרכב רשום על שם בן/בת זוג חוקי/ילדים/אחים - צילום ת"ז וספח של הנכה לרבות של בעל הרכב המעיד על קרבה משפחתית. כאשר הרכב רשום על שם אפוטרופוס יש להמציא צו מינוי בחותמת בית משפט
- ☐ הרכב רשום על שם חברת ליסינג/השכרה/מעסיק - יש להמציא אישור מחברת הליסינג/השכרה/מעסיק עם לוגו וחותמת, ח.פ. ומספר רכב, שם ומספר זהות של הנכה, המציין כי הרכב עומד לשימוש האישי של הנכה
- ☐ רכב נרכש מחברת ליסינג מימוני פרטי - חוזה רכישה מחב' הליסינג עם לוגו וחותמת, ח.פ., מספר רכב ופרטי הנכה (שם ות"ז). בנוסף יצורף אישור מחב' הליסינג עם לוגו וחותמת, ח.פ. ומספר רכב וכן פרטי הנכה (שם ות"ז), המציין כי רכש את הרכב בעסקת מימון פרטי מתאריך X עד תאריך Y. יש לצרף צילומי ת"ז וספחים רישיון רכב
- ☐ מונית - יש להמציא הסכם שכירות חתום על ידי עורך דין
- ☐ בכל מקרה אחר - שני תצהירים חתומים ע"י עו"ד שבהם יצוין כי הרכב עומד לשימוש האישי של הנכה. תצהיר אחד חתום ע"י הנכה והשני חתום ע"י בעל הרכב

לידיעתך!

- בקשות לתגי חניה יתקבלו בצרוף טופס הבקשה בלבד כשהם חתומים על-ידי הנכה, מבקש התג
- קביעת הזכאות לתג תינתן לנכים אשר יש להם קושי בניידות בלבד, וזאת ע"פ קביעת רופא האגף. בכל בקשה לתג נכה ייבדק גם נושא הכשרות הרפואית בנהיגה
- תג החניה ישלח לזכאים בלבד
- ניתן לעדכן עד 2 כלי רכב בלבד לתג
- פטור/החזר מאגרת רישוי רכב יינתן לרכב אחד בלבד

חתימת הנכה



מידע נוסף באתר האינטרנט של רשות הרישוי: rishuy.mot.gov.il



הנחיות להגשת בקשה לקבלת היתר להעסקת עובד זר במתן טיפול סיעודי

1. מי זכאי להיתר להעסיק עובד זר בענף הסיעוד?

מטופל שאינו שוהה במסגרת מוסדית (למעט בדיור מוגן), הזקוק למטפל סיעודי שיועסק במשרה מלאה לפחות, יוכל לקבל היתר להעסקת עובד זר, אם הוא עונה על התנאים דלהלן המתייחסים לקבוצת גילו:

א. תנאי זכאות למטופל שהגיע לגיל הפרישה:

מטופל שהגיע לגיל הפרישה יהיה זכאי להעסיק עובד זר אם צבר 4.5 נקודות ADL, או 4 נקודות ADL בתוספת ניקוד בודד, או זכאות להשגחה חלקית (דהיינו: לפחות 0.5 נק' בסעיף "השגחה" במבחן התלות) בתוספת ניקוד בודד, במבחן תלות שנעשה במסגרת תביעה לגמלת סיעוד שהוגשה למוסד לביטוח לאומי או על פי החלטת ועדת ערר של המוסד לביטוח לאומי המאשרת זכאות בשיעורים 168%-ו-150% או 84%-ו-75% (מופחתים עקב הכנסות) לגמלת סיעוד גם ללא מבחן תלות. ההיתר יינתן לתקופה המופיעה במבחן התלות. (מבחן תלות עבור מטופל בקבוצת הגיל דלעיל, אשר תביעתו לגמלת סיעוד נדחתה על ידי המוסד לביטוח לאומי **מחמת גובה הכנסתו**, יערך באמצעות פניה ישירה לאגף ההיתרים – ענף סיעוד במסגרת הבקשה להעסיק עובד זר כמפורט בסעיף 2 להלן). **מטופל מגיל 90 ומעלה יהא זכאי להיתר העסקה אם צבר 4 נקודות לפחות במבחן תלות.**

בקשות להארכת תוקף היתר קיים (למעט היתר לצורך טיפול בקטין) – היתרים שניתנו בעבר על סמך החלטת ועדה רפואית מטעם שירות התעסוקה, לפיה למטופל נכות צמיתה, וכן היתרים שניתנו בעבר למי שהיום הוא קשיש מגיל 85 ומעלה, יוארכו ללא צורך בדיון נוסף, כל עוד לא השתנו נסיבותיהם של מטופלים אלו (כגון: מעבר למגורים במסגרת מוסד).

ב. תנאי זכאות למטופל מגיל 18 ועד גיל הפרישה:

למטופל נקבעה זכאות לקצבת שירותים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי (מי שתביעתו לקצבת שירותים מיוחדים נדחתה מחמת גובה הכנסתו או משום שבחר בקצבת ניידות, רשאי לבקש "חידוש דיון" בעניינו במוסד לביטוח לאומי לצורך הבקשה להיתר להעסיק עובד זר).

ג. תנאי זכאות לקטין:

הקטין זכאי לקצבת ילד נכה מאת המוסד לביטוח לאומי, ובנוסף, הוכח כי התקיימה לפחות אחת הנסיבות בפסקאות 1-3 להלן:

1. הימצאותו של הילד במסגרת לימודית מותנית בליווי של מטפל לצורך מתן עזרה פיזית לילד.
 2. הילד זקוק לליווי או השגחה במשך רוב שעות היום מחמת נכותו, ונבצר מאותו ילד להשתתף במסגרת לימודית/טיפולית.
 3. מתקיימות נסיבות רפואיות מיוחדות אחרות המצריכות טיפול יומיומי, צמוד וממושך בילד במשך השעות בהם הוא נמצא בביתו (כגון: הצורך בטיפול מיוחד בילד גם בשעות הלילה).
- בקשות להארכת היתר קיים לצורך טיפול בקטין** – בקשות להארכת היתרים שניתנו בעבר לצורך טיפול בילד נכה יוארכו ללא צורך בבדיקות נוספות בהתקיים שני תנאים מצטברים דלהלן:

- הילד זכאי לגמלת ילד נכה בשיעור של 100% לפחות.
- לבקשה צורף תצהיר לפיו הילד אינו מתגורר במסגרת מוסדית.

ד. תנאי זכאות לנכי פעולות איבה ונכי צה"ל:

ועדת מלווים במשרד הביטחון, או ענף נכי פעולות איבה במוסד לביטוח לאומי, קבע כי המטופל זכאי ל-17 שעות ליווי ביום לפחות.

ה. תנאי זכאות לנכי עבודה:

המטופל מוכר במוסד לביטוח לאומי כנכה עבודה ברמה של "סיוע מרובה" (בעבר: תלוי בזולת) או "תלוי בזולת" (בעבר: סיעודי).

כתובות – אגף ההיתרים – ענף סיעוד:

ירושלים – רח' אגריפס 42, קומה 5, בניין כ"ח, ת.ד. 28346.

ת"א – רח' מנחם בגין 125, קומה 2, ת.ד. 7105, תל אביב 61070.

שפלה – ישראל גלילי 3, ראשון לציון

שרון – ויצמן 140, קומה 4, כפר סבא

צפון – רח' הרצליה 22, קומה 3, חיפה, מיקוד 3330125.

דרום – רח' התקווה 4, קניון קריית הממשלה, בניין 5, קומה 5, באר שבע.

מרכז שירות ומידע ארצי: *3450



2. כיצד יש להגיש בקשה להעסקת עובד זר?

א. יש למלא את שלושת הטפסים המצורפים:

- טופס א' - בקשה לקבלת היתר להעסקת עובד זר או להארכת היתר קיים.
- טופס ב' - התחייבות מעסיק.
- טופס ג' - הצהרת ויתור על סודיות.

ב. יש לצרף לכל בקשה את המסמכים הבאים:

- אישור על תשלום אגרת בקשה מופחתת בסך 300 ₪. בקשה ללא אישור תשלום אגרה תוחזר לשולח.
- צילום ת"ז + ספח של המטופל (ושל "מעסיק", במקרה והמטופל אינו מסוגל למלא את חובותיו כמעסיק של עובד זר).
- אם המטופל חסוי, יש לצרף אישור על אפטרופסות.

ג. בנוסף לאמור, ובהתאם לנסיבות הבקשה, יש לצרף מסמכים נוספים כלהלן:

- **קטין** - יש לצרף אישור מנהל ביי"ס/גן בו רשום הילד לגבי השעות הרגילות בהן הילד נמצא בבית"ס/גן, חו"ד רפואית מעודכנת מהרופא המקצועי המטפל בילד וחוו"ד רשויות הרווחה התומכות בסיבת הבקשה לפי סעיף 1ג' הני"ל ותצהיר (טופס ד'), חתום בפני עו"ד וכן את הדוח הרפואי שנערך במוסד לביטוח לאומי במהלך התביעה לגמלת ילד נכה.
- **חולה העומד להשתחרר מבית החולים/מוסד סיעודי** - יש לצרף טופס בקשה למטופל העומד להשתחרר מבית חולים/מוסד סיעודי (טופס ה').
- **נכה עבודה, נכה איבה, נכה צה"ל** - יש לצרף אישור על זכאות.
- **קשיש שאינו זכאי לגמלת סיעוד מחמת גובה הכנסתו** - יש לצרף "טופס בקשה לביצוע מבחן תלות" המופיע באתר האינטרנט של הרשות. את הטופס ניתן למלא באופן מקוון באתר האינטרנט של הרשות.
- **יש לשלם אגרת בקשה מלאה בסך 590 ₪**. תשלום האגרה יתבצע באמצעות **שני שוברים**. הראשון - שובר תשלום בסך 300 ₪ עבור אגרת הבקשה המופחתת, השני - שובר תשלום בסך 290 ₪ עבור השלמת אגרת בקשה-טיפול בבקשה לקביעת זכאות. יש לצרף לבקשה את שני האישורים המלמדים על תשלום אגרת הבקשה המלאה. יש לבצע את התשלום באמצעות אתר האינטרנט: www.piba.gov.il (הסכומים בסעיף זה מעודכנים ליום 1.1.2016 ומתעדכנים ב-1.1 של כל שנה בהתאם לשיעור עליית המדד).
- יש לשלוח את הבקשה על צירופיה לאגף ההיתרים - ענף הסיעוד לאחת מהכתובות הרשומות בתחתית הדף. **לא ניתן לשלוח בקשות באמצעות פקס. יש לשלוח אישורים מקוריים/מאומתים על ידי עו"ד או רו"ח בלבד.**

הערה: יש למלא את כל הפרטים הנדרשים בכתב ברור. הבקשה וההתחייבות ייחתמו על ידי המטופל, אך כאשר המטופל אינו מסוגל למלא חובות כמעסיק של עובד זר, בן משפחתו יחתום כ"מעסיק". **בקשה שהוגשה ללא אישור על תשלום אגרה, ו/או אשר לא מולאה כנדרש, ו/או שלא הושלמו בה כל המסמכים הנדרשים תוחזר לשולח.**

האם ישנם מקרים נוספים בהם ניתן לבקש היתר להעסיק עובד זר במתן טיפול סיעודי?

להלן מקרים נוספים בהם ניתן להגיש בקשה להעסיק עובד זר:

- א. **מטופל בעל צרכים מיוחדים:** מטופל שצבר בין 2.5 ל-4 נקודות ADL במבחן תלות ובנוסף לכך מתקיימת אצלו אחת הנסיבות המפורטות להלן:
 - המטופל גר עם נכה נוסף במשפחה.
 - המטופל הינו נכה עם פיגור שכלי הגר עם הורה מעל גיל 70.
 - המטופל הינו הורה ל-3 ילדים מתחת לגיל 16.
 - המטופל הינו חולה במחלה ממארת או מחלה קשה, ודרושה לו השגחה במשך רוב שעות היום.

כתובות - אגף ההיתרים - ענף סיעוד:

ירושלים - רח' אגריפס 42, קומה 5, בניין כ"ח, ת.ד. 28346.

ת"א - רח' מנחם בגין 125, קומה 2, ת.ד. 7105, תל אביב 61070.

שפלה - ישראל גלילי 3, ראשון לציון

שרון - ויצמן 140, קומה 4, כפר סבא

צפון - רח' הרצליה 22, קומה 3, חיפה, מיקוד 3330125.

דרום - רח' התקווה 4, קניון קריית הממשלה, בניין 5, קומה 5, באר שבע.

מרכז שירות ומידע ארצי: *3450



בקשה לפי פסקה זו תידון בפני ועדה מקצועית אשר תמליץ בפני הממונה אם בנסיבות העניין יש מקום להתיר העסקת עובד זר (לבקשה לפי סעיף זה חובה לצרף אישורים רפואיים עדכניים על מצבו הרפואי של המטופל והצורך בהשגחה במשך רוב שעות היום).

ב. חולה העומד להשתחרר מבית החולים/מוסד סיעודי: המציג אבחנה רפואית מטעם רופא בית החולים/המוסד הסיעודי המציינת את הצורך ברצף טיפולי וכן את התאריך המשוער לשחרור החולה מבית החולים/המוסד הסיעודי. היתר לפי סעיף זה יינתן בכפוף לשיקול הדעת של הוועדה המקצועית המייעצת של אגף ההיתרים – ענף סיעוד לתקופה של **שלושה חודשים בלבד**, כאשר לצורך הארכת ההיתר יידרש המבקש לעמוד בנהלים הרגילים. ההיתר שינתן לפי סעיף זה יאפשר העסקת עובד זר הנמצא **כדין בישראל בלבד**, ולא יאפשר הבאת עובד מחו"ל.

ג. קשישים המטופלים ע"י אגף השיקום של משרד הביטחון (כגון הורים שכולים ואלמנות צה"ל): בקשות אלו יידונו על ידי הוועדה המקצועית באגף ההיתרים עד לקביעת נוהל סופי לגביהן. לבקשות אלו יש לצרף אישור על כך שהמבקש נמצא בטיפול אגף השיקום, ומסמכים המעידים על מצבו הרפואי של המבקש.
יודגש כי מתן היתר במקרים אלו הינו בכפוף לשיקול דעת הגורמים המוסמכים.

3. איך תיוודע לי החלטת אגף ההיתרים – ענף סיעוד? :

החלטת ענף הסיעוד תישלח אליך בדואר. אם הינך זכאי להעסיק עובד זר יהא עליך לפנות לאחת הלשכות הפרטיות המורשות ששמותיהן מופיעים באתר האינטרנט של המשרד עם אישור ענף הסיעוד לצורך רישום עובד זר על שמך. אסור להעסיק עובד זר ללא רישום בלשכה פרטית וקבלת מכתב השמה מהלשכה המאשר את הרישום. פרטים בעניין הסדרי הרישום אצל לשכה פרטית וחובות הלשכה ניתן לראות באתר המשרד בכתובת: www.piba.gov.il.

4. מה הם חובותיי כלפי העובד הזר שיועסק על ידי? :

עובד זר זכאי לכל תנאי העסקה להם זכאים עובדים ישראלים, ובכלל זה ליום מנוחה שבועי, ימי חג וחופשות בתשלום, דמי הבראה, ופיצויי פיטורים. בנוסף, יש לספק לעובד תנאים מיוחדים כמפורט ב"חוק עובדים זרים", ובכלל זה חוזה בכתב בשפתו, מגורים הולמים בביתו של המטופל וביטוח רפואי. מומלץ לעיין באתר האינטרנט של משרד הכלכלה בכתובת: www.economy.gov.il, מידע לגבי שיטת העסקה החדשה בסיעוד, "זכותו לעובד הזר" ומידע נוסף ניתן למצוא באתר האינטרנט של רשות האוכלוסין וההגירה בכתובת: www.piba.gov.il. היתר העסקה ניתן למעסיק שהוכיח צורך בטיפול או בהשגחה במשך רוב שעות היממה. אי לכך, לא תותר העסקת עובד זר במשרה חלקית. מטופל המעסיק עובד זר על פי היתר העסקה חייב להעסיק את העובד הזר בשכר חודשי ובמשרה מלאה לפחות, וכן עליו לספק לעובד מגורים הולמים בביתו של המטופל.



לתשומת ליבכם: בקשה שתוגש ללא אישור על תשלום אגרת הבקשה בסך 300 ₪ תוחזר לשולח. יש לשלם את האגרה באתר האינטרנט של רשות האוכלוסין וההגירה בכתובת: www.piba.gov.il

טופס א'

בקשה לקבלת היתר להעסקת עובד זר או להארכת היתר קיים – ענף סיעוד

יש לסמן "X" במשבצת המתאימה:

☐ בקשה חדשה, ☐ בקשה להארכת היתר שמסתיים בתאריך _____.

1. פרטי המטופל:

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת"ז	שנת לידה	מצב משפחתי
ישוב	רחוב	מס' בית ודירה	מיקוד	טלפון/פלאפון

2. פרטי המעסיק: (במקרים בהם המטופל אינו מסוגל לקיים חובות כמעביד של עובד זר, מחמת גילו או מצב בריאותו, יש לרשום בסעיף זה את פרטי בן המשפחה או האפוטרופוס החוקי של המטופל, שיהא אחראי להעסקת העובד הזר במתן טיפול סיעודי למטופל).

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת"ז	שנת לידה	זיקה למטופל
ישוב	רחוב	מס' בית ודירה	מיקוד	טלפון/פלאפון

3. פרטי הזכאות (יש לסמן את התשובה הנכונה ולמלא את הפרטים החסרים):

א. המטופל נבדק ע"י המוסד לביטוח לאומי ונמצא זכאי לאחת הגמלאות/הקצבאות להלן:

- ☐ גמלת סיעוד ברמה _____.
- ☐ קצבת שירותים מיוחדים (שר"מ) _____.
- ☐ קצבת ילד נכה _____.
- ☐ קצבת נידודת _____.
- ☐ קצבת נכי עבודה _____.
- ☐ קצבת נכי פעולות איבה _____.

ב. ☐ המטופל הינו גבר או אישה מעל גיל הפרישה, אשר אינו זכאי לקצבת סיעוד מאת המוסד לביטוח לאומי **מחמת גובה הכנסתו**, ולכן הוא מצרף לבקשה זו "טופס בקשה לביצוע מבחן תלות" ואישור על תשלום אגרת בקשה מלאה בסך 590 ש"ח באמצעות שני שוברי תשלום כמפורט בדברי ההסבר להלן.

כתובות – אגף ההיתרים – ענף סיעוד:

ירושלים – רח' אגריפס 42, קומה 5, בניין כ"ח, ת.ד. 28346.

ת"א – רח' מנחם בגין 125, קומה 2, ת.ד. 7105, תל אביב 61070.

שפלה – ישראל גלילי 3, ראשון לציון

שרון – ויצמן 140, קומה 4, כפר סבא

צפון – רח' הרצליה 22, קומה 3, חיפה, מיקוד 3330125.

דרום – רח' התקווה 4, קניון קריית הממשלה, בניין 5, קומה 5, באר שבע.

מרכז שירות ומידע ארצי: *3450



ג. המטופל נמצא בטיפול משרד הביטחון:

☐ הורה שכול / אלמנת צה"ל _____.

☐ נכה/ת צה"ל _____.

4. האם המטופל שוהה בבית אבות/דיור מוגן/בי"ח שיקומי/מסגרת מוסדית אחרת?

☐ לא, המטופל מתגורר בביתו.

☐ כן, ציין את שם המוסד וכתובתו: _____ (יובהר)

כי לא יינתן היתר למטופל השוהה במסגרת מוסדית-למעט דיור מוגן).

5. יש למלא סעיף זה רק כאשר המטופל הינו קטין הזכאי לקצבת ילד נכה מאת המוסד לביטוח לאומי (סמן אחד):

א. מחמת נכותו, זקוק הילד לליווי למתן עזרה פיזית כתנאי להשתתפותו במסגרת לימודית.

ב. מחמת נכותו, נבצר מהילד להשתתף במסגרת לימודית/טיפולית.

ג. מתקיימות נסיבות רפואיות מיוחדות המצריכות טיפול יומיומי צמוד וממושך בילד בביתו.

6. חתימה: (הבקשה תיחתם על ידי המטופל ובאם המטופל אינו המעסיק, על ידי המעסיק):

אני הח"מ, מר/גב' _____ מאשר כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים ושלמים ואני מתחייב להודיע לרשות האוכלוסין וההגירה, אגף ההיתרים – ענף הסיעוד אם יחול שינוי בפרטים אלו.

חתימה

תאריך

מספר ת.ז.

שם ושם משפחה

כתובות – אגף ההיתרים – ענף סיעוד:

ירושלים – רח' אגריפס 42, קומה 5, בניין כי"ח, ת.ד. 28346.

ת"א – רח' מנחם בגין 125, קומה 2, ת.ד. 7105, תל אביב 61070.

שפלה – ישראל גלילי 3, ראשון לציון

שרון – ויצמן 140, קומה 4, כפר סבא

צפון – רח' הרצליה 22, קומה 3, חיפה, מיקוד 3330125.

דרום – רח' התקווה 4, קניון קריית הממשלה, בניין 5, קומה 5, באר שבע.

מרכז שירות ומידע ארצי: *3450



טופס ב'

התחייבות מעסיק

אם יותר לי להעסיק עובד זר בהתאם לבקשתי המצ"ב, אני מתחייב להעסיק את העובד הזר בשכר חודשי שלא ייפול משכר המינימום החוקי ובמשרה מלאה לפחות ואך ורק במתן טיפול סיעודי עבורי/עבור המטופל שפרטיו רשומים בסעיף (1) בטופס הבקשה להיתר (להלן: המטופל). ידוע לי כי חל איסור להעביר או לנייד את העובד הזר לעבודה אצל אדם אחר וזאת גם אם יבקש זאת העובד וגם אם יקבל על כך תשלום נוסף. כן ידוע לי כי עלי לספק לעובד הזר מגורים הולמים בבית המטופל.

אני מתחייב כי אם יותר לי להעסיק עובד זר אסדיר רישום עבורי/עבור המטופל וכן עבור העובד הזר שאעסיק אצל לשכה פרטית מורשית ואקבל מכתב השמה מהלשכה הפרטית המאשר את הרישום קודם תחילת העסקת העובד הזר על פי ההיתר. ידוע לי כי העסקת עובד זר לסיעוד ללא רישום אצל לשכה פרטית מורשית מהווה הפרה של תנאי ההיתר.

אני מתחייב להודיעכם מיד על הפסקת הצורך בטיפול מכל סיבה שהיא לרבות הטבה במצב הרפואי שלי/של המטופל.

ידוע לי כי מטופל המתגורר במסגרת מוסדית/טיפולית (מלבד דיור מוגן) אינו זכאי להיתר להעסיק עובד זר, וכי אם אעבור/יעבור המטופל לשהות במסגרת מוסדית כלשהי (בית אבות, בית חולים שיקומי וכיוצ"ב, למעט דיור מוגן) ההיתר שינתן יפקע. אני מתחייב להודיעכם מיד עם העברתי/העברת המטופל למסגרת מוסדית כאמור.

אני מצהיר כי ידוע לי כי כל תנאי ההעסקה החלים לגבי עובדים ישראלים חלים גם לגבי עובדים זרים, ובכלל זה חובות בדבר תשלום דמי הבראה, מתן חופשות בתשלום, מתן מנוחה שבועית כדין, תשלום פנסיה ופיצויי פיטורים, הסדרת ביטוח לאומי ותשלום שכר מינימום.

בנוסף, ידוע לי כי מלבד החובות דלעיל חלות על מעסיק של עובד זר חובות כלפי העובד לפי חוק עובדים זרים, התשנ"א-1991, ובכלל זה מתן לעובד חוזה עבודה מפורט, כתוב וחתום, בשפתו, והסדרת ביטוח רפואי ומגורים הולמים עבור העובד על חשבוני בכפוף לניכויים המותרים משכר העובד על פי דין. אם יינתן לי/למטופל היתר להעסיק עובד זר, אני מתחייב לקיים את כל מחויבותי כמעסיק כדין. ידוע לי כי אי קיום חובה מהותית החלה עלי כלפי העובד הזר יביא לביטול ההיתר.

אני מתחייב לשתף פעולה עם כל מפקח מטעם הרשויות המוסמכות שיבקש לוודא קיום הוראות הדין כלפי העובד הזר, ובכלל זה למסור לו כל מסמך שיידרש על ידו ולאפשר לו לשוחח עם העובד ביחידות.

ידוע לי כי תוקף ההיתר שינתן לי/למטופל יפקע אם יתברר כי ההצהרות דלעיל אינן נכונות בשלמותן או אם לא יקוימו על ידי אחת מההתחייבויות דלעיל.

ידוע לי כי ניווד של העובד הזר ו/או העסקתו שלא במתן טיפול סיעודי למטופל מהווים הפרה של תנאי ההיתר ויביאו לביטול ההיתר.

אני מתחייב לשלם את שכר העובד הזר שיועסק על ידי מידי חודש לחשבון בנק בישראל על שם העובד בלבד, שאין לצד שלישי מלבד קרוב משפחה מדרגה ראשונה של העובד הזר זכות או הרשאה לפעול בו. כן אני מתחייב לשמור את האסמכתאות להפקדת השכר בחשבון הבנק ולהציגם לרשויות הפיקוח בהתאם לדרישתן.

שם פרטי ומשפחה	מס' תעודת זהות	חתימת המטופל/המעסיק	תאריך
----------------	----------------	---------------------	-------

כתובות – אגף היתרים – ענף סיעוד:

ירושלים – רח' אגריפס 42, קומה 5, בניין כ"ח, ת.ד. 28346.

ת"א – רח' מנחם בגין 125, קומה 2, ת.ד. 7105, תל אביב 61070.

שפלה – ישראל גלילי 3, ראשון לציון

שרון – ויצמן 140, קומה 4, כפר סבא

צפון – רח' הרצליה 22, קומה 3, חיפה, מיקוד 3330125.

דרום – רח' התקווה 4, קניון קריית הממשלה, בניין 5, קומה 5, באר שבע.

מרכז שירות ומידע ארצי: *3450



טופס ג'

הצהרת ויתור על סודיות

אני הח"מ* _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____ מס' תעודת זהות _____

* יש למלא את פרטי המטופל/ת הסיעודי

מצהיר בזאת על הסכמתי כדלהלן:

1. אני מסכים/ה לכך שמידע מפורט ומלא אודות מצב בריאותי, ליקויי הגופניים בעבר ובהווה, זכאותי לקצבאות וכן דרגת נכותי המוכרת, הקיים לגביי בקופות החולים ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או במוסד רפואי ו/או רשויות הרווחה ו/או משרד הביטחון ו/או לשכות פרטיות מורשות או גוף אחר, יימסר לרשות האוכלוסין וההגירה או למי מטעמה.
2. אני מסכים כי לשכה פרטית כהגדרתה בסעיף 65 לחוק שירות התעסוקה, התשי"ט-1959, תעביר לרשות האוכלוסין וההגירה כל דו"ח או חו"ד סוציאליים או מידע אחר שהגיע אליה במסגרת מילוי מחויבויותיה לפי נוהל לשכות פרטיות להבאה, תיווך וטיפול בעובדים זרים בענף הסיעוד, וכי מידע אודות הטיפול בבקשתי להיתר, מתן היתר ו/או ביטול היתר ו/או התנייה או סיוג היתר יימסר על ידי רשות האוכלוסין וההגירה ללשכה פרטית במידת הצורך.
3. הסכמתי זו באה אך ורק על מנת לאפשר לרשות האוכלוסין וההגירה או לגורם מטעמה לשקול את מידת תפקודי והזדקקותי לסיוע של עובד זר למתן טיפול סיעודי ו/או לדון או להחליט בכל בקשה שתוגש על ידי בקשר להיתר או לאשרה או רישיון עבודה לעובד זר לסיעוד, וכן לצורך פיקוח ווידוא לגבי מילוי אחר תנאי היתר שניתן לי להעסיק עובד זר אם יינתן לי היתר כאמור.
4. אני מסכים למסור כל מידע שיידרש ממני על ידי רשות האוכלוסין וההגירה או מי מטעמה לצורך קבלת החלטה בבקשתי למתן היתר להעסקת עובד זר ו/או בכל בקשה עתידית בקשר להיתר ו/או לאשרה או רישיון ישיבה לעובד סיעוד, וכן לשתף פעולה עם כל פיקוח מטעם הרשויות בעניין קיום תנאי ההיתר אם יינתן.

ולראיה באתי על החתום

חתימת המטופל או האפוטרופוס החוקי

תאריך



טופס ד' - קטינים

נספח לבקשה לקבלת היתר להעסיק עובד זר בטיפול סיעודי בקטין (לחתימת ההורה) - תצהיר

אני הח"מ _____ ת"ז _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי לומר את האמת וכי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. הנני הורה של _____ ת.ז. _____ (להלן: הקטין) שבגיני הוגשה הבקשה להעסיק עובד זר, והנני נותן תצהיר זה בתמיכה לבקשה האמורה.

2. הקטין מתגורר בביתי בכתובת _____ ואינו מתגורר במסגרת מוסדית, שיקומית או בפנימייה.

3. הקטין מבקר בבית ספר/גן ששמו _____ (להלן: בית הספר) בכתובת: _____ מספר טלפון: _____ שם מנהל ביה"ס: _____ ושעות הלימוד הרגילות של הקטין בבית הספר הם כלהלן: _____.

4. על אף הימצאותו של הקטין בבית הספר כמפורט בסעיף לעיל 3, יש צורך בהעסקת עובד זר לשם טיפול בקטין מסיבה חריגה כמפורט להלן:

_____, מצ"ב מסמכים התומכים בבקשתי.

5. ידוע לי כי אם יותר לי להעסיק עובד זר לטיפול בקטין, יהא עלי לשכן את העובד הזר במגורים הולמים בביתי, להעסיק את העובד הזר בטיפול בקטין במשרה מלאה לפחות, לשלם לעובד הזר את שכר המינימום החודשי לפי חוק לפחות, ויחול עלי איסור חמור להעסיק את העובד הזר במשרה חלקית או לפי שעות או להעבירו לעבוד אצל אדם אחר.

6. הנני מתחייב לדווח לכם תוך 7 ימים על כל שינוי שיחול בפרטים דלעיל.

חתימת המצהיר

הנני מאשר בזה כי ביום _____ הופיע בפני עורך דין _____ במשרדי ברח' _____ מר/גב' _____ שזיהה עצמו על ידי תעודת זהות מס' _____ ולאחר שהוזהרתי כי עליו להצהיר את האמת וכי יהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה כן, אישר את נכונות ההצהרה הנ"ל וחתם עליה בפני.

חתימת עורך דין

חותמת

כתובות – אגף ההיתרים – ענף סיעוד:

ירושלים – רח' אגריפס 42, קומה 5, בניין כ"ח, ת.ד. 28346.

ת"א – רח' מנחם בגין 125, קומה 2, ת.ד. 7105, תל אביב 61070.

שפלה – ישראל גלילי 3, ראשון לציון

שרון – ויצמן 140, קומה 4, כפר סבא

צפון – רח' הרצליה 22, קומה 3, חיפה, מיקוד 3330125.

דרום – רח' התקווה 4, קניון קריית הממשלה, בניין 5, קומה 5, באר שבע.

מרכז שירות ומידע ארצי: *3450



טופס ה'

טופס בקשה למטופל העומד להשתחרר מבית חולים/מוסד סיעודי

על פי חלק ג' סעיף 1.1 לקריטריונים למתן היתר להעסיק עובד זר בענף הסיעוד

א. בקשה זו מוגשת לצורך קבלת היתר להעסקת עובד זר עבור מר/ גב' _____ ת.ז. _____ (להלן: הח"מ/ המטופל) העומד/ת להשתחרר מבית חולים/מוסד סיעודי.

ב. על פי חוות דעת הרופא המטפל בבית החולים/במוסד הסיעודי, ד"ר _____ מספר רישיון _____ הח"מ/ המטופל ישתחרר מבית החולים/המוסד הסיעודי _____ ביום _____ וזקוק להסדרת רצף טיפול סיעודי במשך רוב שעות היום כתנאי לשחרורו.

ג. ידוע לי ואני מבין כי חל איסור להעסיק עובד זר בעת שהות המטופל בבית חולים/במוסד הסיעודי וכי אם יינתן היתר על פי בקשה זו, יהא ניתן להעסיק את העובד הזר רק לאחר השחרור בפועל מבית החולים/מהמוסד הסיעודי.

ד. ידוע לי כי אם יינתן היתר לפי הבקשה הוא יינתן לתקופה של 3 חודשים בלבד ויוגבל להעסקת עובד זר הנמצא כבר בישראל, כך שלא יהא ניתן להביא עובד זר מחו"ל לצורך מימוש ההיתר. כן ידוע לי כי לצורך הארכת תוקף ההיתר יהא עלי לעמוד בנהלים הרגילים למתן היתר להעסקת עובד זר בענף הסיעוד כמפורט בדברי ההסבר לטופס הבקשה ובקריטריונים למתן היתר בענף הסיעוד המפורסמים באתר האינטרנט www.piba.gov.il

חתימת המטופל או האפוטרופוס החוקי

תאריך



המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות
ביטוח נכות

**בקשה לבדיקה מחדש
למקבל קצבת שירותים
מיוחדים.**

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג		המסמך		דפים					

עמוד 1 מתוך 3

לידיעתך, בקשה זו יכולה לגרום לשינוי באחוזי הנכות ולהשפיע על זכאותך לקצבת נכות ולקצבת שירותים מיוחדים (לרבות הפחתתם).

1

פרטי המבקש

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

האם אתה שווה עכשיו או שהיית בחצי שנה האחרונה במוסד? ☐ לא ☐ כן, פרט _____

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
☐ אני מאשר קבלת הודעות SMS					

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2

נימוקי הנכה לבקשה לבדיקה מחדש

יש לפרט את השינויים שחלו במצבך הרפואי מאז הבדיקה הקודמת ולצרף אישורים רפואיים עדכניים ומפורטים

3

הסכמה לקביעת רופא ללא נוכחות – חתום אם אינך מעוניין להיבדק ע"י רופא

אני מסכים בזה שרופא יקבע את מצבי הרפואי ואחוזי נכותי לפי מסמכים בלבד ומבלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שלמרות זו יהיה עלי להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

_____ x חתימת התובע	_____ תאריך
-----------------------------------	---------------------------

4

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 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

במידת הצורך, אני מסכים להיבדק מחדש לעניין אחוזי נכות רפואית. ידוע לי, שבדיקה זו יכולה לגרום לשינוי באחוזי הנכות, ולהשפיע על זכאותי לקצבת נכות ולקצבת שירותים מיוחדים (לרבות הפחתתם).

_____ x חתימת התובע / מקבל הגמלה או מגיש התביעה	_____ תאריך
---	---------------------------

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות
ביטוח נכות



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: שירותים מיוחדים - נכות

פרטים אישיים של המבוטח

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה																				
33		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td colspan="7"></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, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית 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 אודותי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____

חומר רגיש

"מכיל מידע מוגן לפי חוק
הגנת הפרטיות- המוסר שלא
כדין עובר עבירה"



טופס בקשה לשירותי חינוך לילדים חולים בביתם

אנא הקפידו למלא את כל הפרטים בכתב ברור.

- חובה לצרף אישור רפואי עדכני מרופא מומחה ובו תצויין במפורש:
 - (1) מהות המחלה
 - (2) הנחייה לשהייה בבית
 - (3) משך היעדרות מהמסגרת החינוכית בהסתמך על האישור הרפואי
- במקרה וההיעדרות הינה על רקע נפשי, חובה לצרף אישור פסיכיאטר בהתאם לקריטריונים שצוינו.

את הפניה יש להעביר ל"קדימה מדע" באמצעות פקס 03-9244493 או
סרוק לדוא"ל info@wokm.org מס' טל מוקד שלבים: 1-800-071-170

שם התלמיד/ה _____ ת.ז. _____
כתובת התלמיד/ה _____
תאריך לידה _____ מס' טל בבית התלמיד _____
שם האב _____ מס' טל נייד _____ שם האם _____ מס' טל נייד _____
כתובת דוא"ל הורים (חובה) _____ @ _____
פרטי ביה"ס/הגן: _____
שם ביה"ס/הגן _____ סמל מוסד _____ דרגת כיתה _____
ישוב _____ מתי"א _____
מס' טל' _____ פקס _____

איש המקצוע במסגרת החינוכית המרכז את הטיפול בתלמיד:

(1) שם _____ תפקיד _____ טל. סולרי _____
כתובת דוא"ל (חובה) _____ @ _____
(2) שם _____ תפקיד _____ טל. סולרי _____
כתובת דוא"ל (חובה) _____ @ _____

תאריך תחילת ההעדרות מהמסגרת החינוכית: _____
סיבת ההיעדרות: _____

מקצועות הלימוד הנדרשים ע"פ סדר עדיפות בהתחשב בכך, ששעות הלימוד הינן 4-8 שעות שבועיות בלבד:

1. _____
2. _____
3. _____

חומר רגיש

"מכיל מידע מוגן לפי חוק
הגנת הפרטיות- המוסר שלא
כדין עובר עבירה"



תיאור התלמיד מבחינה לימודית :

האם יש לתלמיד מחשב בבית? כן / לא האם התלמיד מתאים ויכול להשתתף בלמידה מרחוק? כן / לא

חלק זה יש למלא במידה והתלמיד עבר ועדה מתוקף חוק (ועדת שילוב- תלמיד דיפרנציאלי בלבד או ועדת השמה)

סיווג מסגרת החינוך של התלמיד (אנא סמנו ב-✓ את סוג המסגרת) :

- ☐ זכאות עפ"י ועדת שילוב איפיון דיפרנציאלי, יש להוסיף איפיון חריגות _____
- ☐ כיתה לחינוך מיוחד בביה"ס רגיל (יש לציין את סוג הכתה : ל"ל, נפשיות, תקשורת וכיו') _____
- ☐ ביה"ס לחינוך מיוחד יש להוסיף איפיון חריגות _____

שירותים נוספים אותם קיבל התלמיד באופן פרטני, על פי תכנית לימודים אישית (תל"א, תח"י) שנכתבה במסגרת החינוכית. חובה לצרף טופס תל"א.

סוג השירות	מס' ש"ש (או חלק משעה)	פרטני / קבוצתי	שם המטפל + מס' טלפון	הערות
סייעות אישית				
קלינאית/תקשורת				
ריפוי בעיסוק				
טיפול רגשי				
פיזיותרפיה				
אחר				

סה"כ שעות מערכת שבועית של התלמיד במסגרת החינוכית : _____

הערות

שם מנהל/ת המסגרת	חתימה	תאריך
שם ההורה החותם	חתימה	תאריך



תביעה למתן שיקום מקצועי

על מנת שניתן יהיה לטפל בתביעתך יש לצרף -

תעודות ואישורים המעידים על השכלתך, הכשרות מקצועיות, ניסיון בעבודה ואבחונים שעברת.

לידיעתך -

- הינך רשאי להגיש תביעה לנכות (במידה ועדיין לא הוגשה תביעה זו) במקביל להגשת התביעה לשיקום, על-מנת שלא ייפגעו זכויותיך. ללא הגשת תביעה לנכות, תביעתך לשיקום תידחה על-פי חוק.
- שלב ראשון בתהליך הינו אישור הזכאות לשיקום. באישור זה אין משום אישור לתכנית השיקום עצמה.
- הגמלה תשולם לתקופה שאינה עולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשת התביעה לשיקום.

כיצד יש להגיש את התביעה

- 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

לתשומת ליבך – עליך למלא את כל הסעיפים בטופס התביעה

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

2

פרטי הפגיעה

לנכה : תאריך הפגיעה

פרט את המגבלות איתן אתה מתמודד כתוצאה מהפגיעה/המחלה

מהם אחוזי הנכות שנקבעו לך בוועדה הרפואית: %

האם אחוזי הנכות נקבעו ☐ לצמיתות ☐ זמנית, עד תאריך

לבן/בת זוג של נכה שאינו ניתן לשיקום מקצועי: שם הנכה

ת.ז.

לאלמן/אלמנה המקבל קצבת שארים/תלויים או מענק חד פעמי: תאריך התאלמנות

האם אתה/סובלת ממגבלות רפואיות? ☐ לא ☐ כן, פרט:

3 פרטים על השכלה

סה"כ שנות לימוד	השכלתי היא: ☐ יסודית ☐ תיכונית ☐ מקצועית ☐ תורנית ☐ אקדמית ☐ אחר, פרט: _____	
מוסד הלימודים האחרון בו למדת		
שם המוסד	שם היישוב	חוג/מסלול לימודים
האם סיימת לימודיך? ☐ כן ☐ לא. סיבת הפסקת הלימודים:		
הערות/בעיות מיוחדות העשויות להשפיע על התמודדות בלימודים (יש לצרף מסמכים ואבחונים מתאימים):		

4 פרטים המקצוע או העיסוק

מקצוע/משלח יד: _____
האם יש לך תעודה מקצועית? ☐ לא ☐ כן. פרט _____
האם קיבלת סיוע במימון הכשרה מקצועית מגורם כלשהוא?
☐ לא ☐ כן, קיבלתי הכשרה מסוג _____
מהגורם _____

5 פרטי ניסיון תעסוקתי כולל עבודתך כיום (ניתן לצרף קורות חיים לחילופין)

מקום העבודה	תפקיד	תקופת העבודה	מס' שעות עבודה ביום / היקף משרה	סיבת הפסקת העבודה או השינוי/ עדיין עובד

6

סיבות הפנייה לשיקום מקצועי

1. פרט את סיבות פנייתך לשיקום מקצועי _____

2. פרט הצעות/בקשות מיוחדות בקשר לשיקומך _____

3. האם יש לך זכאות במימון לימודים מגורם אחר?
☐ לא
☐ כן, הגורם הינו: ☐ משרד הביטחון ☐ משרד הבריאות ☐ משרד הרווחה ☐ מינהל הסטודנטים
☐ אחר: _____
 פרטים על הזכאות _____

7

פרטי חשבון הבנק של התובע

אם יגיעו לי תשלומי שיקום אבקש להעבירם לזכות חשבון הבנק המפורט להלן

שמות בעלי החשבון			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון הפרטי

אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון החשבון.

אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.

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 פרטי מושגי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/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 התשלום	חתימת/חתימות השותפים לחשבון
_____	_____	_____

8

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה 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.

תאריך _____ חתימת התובע _____



ליצירת קשר: מנהלת מערך התמיכה במשפחות - עמותת צעדים קטנים מיכל אלישיב-גודינצקי
michal@littlesteps.org.il 050-5535504

עמותת צעדים קטנים 2018
רח' טשרניחובסקי 24, כפר סבא, 4427112 | www.littlesteps.org.il