



## תביעה לגמלת ילד/ה נכה

### חובה לצרף לטופס זה

- תעודה רפואית וסיכומי מחלה בשנתיים האחרונות, הכוללים גם פירוט הטיפולים הרפואיים.
- אישור לימודים שימולא ויוחתם על ידי מנהל/ת בית הספר או גן הילדים (ראה נספח ב' סעיף II).
- לילד/ה עד גיל 6 - אם אינו לומד ניתן להביא אישור על טיפול התפתחותי לאחר שהאישור ימולא ויוחתם על ידי גורם מוסמך (ראה נספח ב' סעיף I).

### כיצד יש להגיש את התביעה

- התביעה תוגש על ידי הורה שהילד/ה גר עמו, או אפוטרופסו, או מי שמחזיק אותו למעשה.
- את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון \*6050 או 12226050.
- לידיעתך - על פי חוק, לא תאושר הקצבה לתקופה העולה על 12 חודשים אחרונים שלפני מועד הגשת התביעה.
- לפרטים נוספים ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

תביעת גמלה לילד נכה

עמוד 1 מתוך 6

<p>מס' זהות / דרכון</p> <p>סוג המסמך</p> <p>דפים</p>	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p><b>חותמת קבלה</b></p>
--	----------------------------------	--------------------------

**תאריך תביעה**

שנה	חודש	יום
-----	------	-----

**1 פרטי הילד/ה**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
תאריך עליה		תאריך לידה
שנה		שנה
חודש		חודש
יום		יום
<b>כתובת</b>		
רחוב	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
0	0	

**2 פרטי תובע/ת הגמלה שעמו גר הילד/ה**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
<p>יחס קרבה אל הילד/ה</p> <p> <input type="checkbox"/> 4 = הורה    <input type="checkbox"/> 5 = אח/אחות    <input type="checkbox"/> 6 = סב/סבתא  <input type="checkbox"/> 9 = אחר פרט: _____         </p>		<p>אם התובע אינו הורה, האם הוא אפטרופוס חוקי</p> <p> <input type="checkbox"/> כן = 1 (יש לצרף צו אפטרופוסות)  <input type="checkbox"/> לא = 2         </p>
<b>כתובת</b>		
<p><input type="checkbox"/> עם הילד/ה    <input type="checkbox"/> אחר, פרט:</p>		
רחוב	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד

**3 פרטים על ילדים נכים נוספים במשפחה (אם יש – יש להשלים הפרטים בטבלה הבאה)**

שם הילד/ה	מספר זהות	תאריך לידה	הליקוי / המחלה	הוגשה תביעה לגימלה – פרט	מקבל גימלה – פרט

**א. ליקויים / מחלות**

פרטים על הליקויים מהם סובלת/ה הילד/ה ותאריך תחילתם. יש לצרף אישורים רפואיים על הליקויים המפורטים.

תאריך תחילה (אם מלידה, רשום/מי "מלידה")	שם המחלה או הפגיעה	פרטי הליקוי

**ב. פרטים על אשפוזים בשנתיים האחרונות** (יש לציין פרטים על האשפוזים הקשורים בליקויים שצינת למעלה ולצרף אישורים רפואיים)

שם המחלה, הרופא וכתובת המוסד / בית החולים	תקופת האשפוז	
	עד תאריך	מתאריך

**ג. קופת החולים בה מבטח/ת הילד/ה**

מבטח בביטוח רפואי בזכות הוריו בקופה \_\_\_\_\_ כתובת הסניף \_\_\_\_\_

**ד. פרטים על טיפול רפואי בשנתיים האחרונות** (יש לצרף אישורים רפואיים)

כתובת המוסד או הרופא הפרטי	שם המחלקה המטפלת ושם הרופא המטפל	סיום הטיפול (חודש ושנה)	תחילת הטיפול (חודש ושנה)	סוג הטיפול (הקרנות, כימותרפיה, עירויים, תרופות, פיזיותרפיה, דיאטות וכו')

**ה. תלות הילד/ה בעזרת הזולת** (סעיף זה ימולא לילדים בני 3 ומעלה)

אם לא – פרטי מי עוזר לו	סמ' / כן		האם הילד/ה מסוגלת
	לא	כן	
			לאכול בעצמו
			להתלבש בעצמו
			להתרחץ בעצמו
			להסתדר בשירותים בעצמו (ניקיון אישי)

**ו. טיפולים פרא רפואיים (ריפוי בעיסוק, דיבור, פיזיותרפיה, פסיכולוג)**

תדירות הטיפול	מקום הטיפול (שם המוסד)	סוג הטיפול	
			1
			2
			3

**ז. סידור מוסדי**

האם הילד/ה שוהה עכשיו או שהה בעבר במוסד / במשפחה אומנת / בפנימייה

לא

כן:  במוסד / בפנימייה  במשפחה אומנת

הכתובת \_\_\_\_\_

שוהה / שוהה מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_

עדיין שוהה

**פרטים אחרים**

**5**

**פרטים על פגיעה כתוצאה מתאונה ותביעה נגד צד שלישי**

האם נכות הילד/ה נגרמה כתוצאה מתאונה? "תאונה" - תאונת דרכים או אחרת הנגרמת עקב רשלנות הזולת, תקיפה וכדומה

לא (עבור לסעיף הבא)  כן – השלם הפרטים שלהלן

סוג התאונה:  תאונת דרכים  אחרת. פרט: \_\_\_\_\_

תאריך התאונה: \_\_\_\_\_

מקום וכתובת אירוע התאונה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

נסיבות אירוע התאונה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

האם נמסרה הודעה למשטרה

לא

כן, לתחנת המשטרה ב: \_\_\_\_\_ מס' התיק: \_\_\_\_\_

האם הוגשה / עומדים להגיש תביעה לפיצויי נזיקין

לא = 1

כן = 2 הנתבע הוא: \_\_\_\_\_ תאריך הגשת התביעה: \_\_\_\_\_

עורך הדין המייצג את הילד/ה בתביעה הוא: \_\_\_\_\_

כתובתו: \_\_\_\_\_ מס' טלפון: \_\_\_\_\_

קבלת פיצויים

הילד/ה טרם קיבל פיצויי נזיקין

הילד/ה קיבל פיצויים בסך: \_\_\_\_\_ ש"ח מאת: \_\_\_\_\_ בתאריך: \_\_\_\_\_

**פרטי חשבוו הבנק של התובע/ת**

**6**

אני מבקש/ת לשלם לי את הגמלה, אם תאושר, באמצעות:

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

אני מסכים/ה שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

תאריך \_\_\_\_\_ שם השותף \_\_\_\_\_ מספר ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

**הצהרה**

**7**

אני החתום/ה מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכותי לגמלה או על יצירת חוב ועל כן, אני מתחייב להודיע על כל שינוי תוך 30 יום.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע/ת **x** \_\_\_\_\_

**חתום גם על שני טופסי ויתור סודיות בנספח א'**

**לשימוש המוסד לביטוח לאומי**

הפרטים בטופס תביעה זה אומתו:

ע"פ ת.ז. של התובע מתאריך \_\_\_\_\_ ע"פ ת.ז. של ההורה שבה רשום הילד/ה מתאריך \_\_\_\_\_

שם המאמת: \_\_\_\_\_ תפקידו: \_\_\_\_\_ חתימת המאמת: \_\_\_\_\_

**נספח א'**

**ייתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד

\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_

יחס קרבה לר"מ:  הורה  אפוטרופוס  אחר: \_\_\_\_\_

מבקש/ת בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלה, מצב רפואי, הטיפול שניתן, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודות:

שם ה: \_\_\_\_\_ מספר זהות הילד/ה: \_\_\_\_\_

הגר בכתובת: \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

**ייתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד

\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_

יחס קרבה לר"מ:  הורה  אפוטרופוס  אחר: \_\_\_\_\_

מבקש/ת בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלה, מצב רפואי, הטיפול שניתן, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודות:

שם הילד/ה: \_\_\_\_\_ מספר זהות הילד/ה \_\_\_\_\_

הגר בכתובת: \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

לכבוד

\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ מס' תיק במוסד \_\_\_\_\_

נכבדי,

**אישור קבלת תביעה לגמלת ילד/ה נכה**

הריני לאשר בזאת שקיבלנו את תביעתך לגמלת ילד/ה נכה. הנני להביא לידיעתך כי הטיפול בתביעה הוא מורכב וממושך ואנו מבקשים שיתוף פעולה מצדך. לתשומת לבך - עליך להודיענו מיד ובכתב על שינוי שיחול לגבי הפרטים שמסרת עליהם בטופס התביעה.

חותמת הסניף \_\_\_\_\_

**נספח ב'**

**I ילד/ה עד גיל 6 – טיפול התפתחותי (כגון: ריפוי בעיסוק, בדבור, פיזיותרפיה, מורה בית וכו')**

I

אל: המוסד לביטוח לאומי, סניף \_\_\_\_\_  
 הנדון: אישור על טיפול התפתחותי (ימולא רק אם הילד/ה לא נמצא במסגרת לימודים ומקבל טיפולים)

הרינו מאשרים כי הילד/ה שפרטיו/פרטיה מופיעים להלן, מקבלת/ת באופן קבוע טיפול התפתחותי שאושר על ידנו.

שם הילד/ה: \_\_\_\_\_ מס' זהות הילד/ה: \_\_\_\_\_

כתובת הילד/ה: \_\_\_\_\_

שם המוסד המטפל וכתובתו: \_\_\_\_\_ מס' טלפון: \_\_\_\_\_

החל/ה הטיפול במוסדו מתאריך: \_\_\_\_\_ תאריך סיום טיפול (משוער): \_\_\_\_\_

זקוק/ה לטיפול: \_\_\_\_\_ פעמים בשבוע. מגיע לטיפול: \_\_\_\_\_ פעמים בשבוע. מס' שעות בכל ביקור: \_\_\_\_\_

הילד/ה מגיע/ה למקום הטיפול:  ברגל  ברכב המשפחה  בתחבורה ציבורית  בהסעה מאורגנת

הילד/ה מגיע/ה למוסד בליווי של:  הורה  קרוב משפחה  אחר, פרט: \_\_\_\_\_

הערות: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
 תאריך חותמת המוסד שם החותם חתימת מנהל/ת המוסד

**II לימודים של הילד/ה**

II

לומד/ת (יש למלא את הטופס ע"י הגורם המתאים)  לא לומד/ת

אל: המוסד לביטוח לאומי, סניף \_\_\_\_\_

הנדון: אישור לימודים

הרינו מאשרים כי התלמיד/ה שפרטיו/פרטיה מופיעים להלן, לומד/ת באופן קבוע במוסדו:

בתנאי פנימייה  לא בתנאי פנימייה

שם הילד/ה: \_\_\_\_\_ מס' זהות הילד/ה: \_\_\_\_\_

כתובת הילד/ה: \_\_\_\_\_

שם ביה"ס / גן ילדים וכתובתו: \_\_\_\_\_ מס' טלפון: \_\_\_\_\_

החל/ה לימודים בתאריך: \_\_\_\_\_ תאריך סיום לימודים (משוער): \_\_\_\_\_

מס' ימי לימוד בשבוע: \_\_\_\_\_ מס' שעות לימוד ביום: \_\_\_\_\_

הילד/ה מגיע/ה למקום הלימודים:  ברגל  ברכב המשפחה  בתחבורה ציבורית  בהסעה מאורגנת

הילד/ה מגיע/ה לביה"ס:  בליווי  ללא ליווי

הערות: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
 תאריך חותמת המוסד שם החותם חתימת מנהל/ת המוסד