



תביעה לתשלום  
מענק מיוחד / קצבה מיוחדת  
לנפגע בעבודה

אני החתום מטה תובע לשם כיסוי הוצאות מיוחדות הנובעות:

- מענק מיוחד  
 קצבה מיוחדת

שם משפחה	שם פרטי	שנת לידה	מס' זהות
מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש		תאריך הפגיעה	ילדים מתחת לגיל 18

רחוב	מס' בית	דירה	ישוב	מיקוד
------	---------	------	------	-------

קצבה	מענק
גובה הקצבה המבוקשת ש"ח _____	גובה המענק המבוקש ש"ח _____
המטרה _____	המטרה _____
הנמקה _____	הנמקה _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

הריני מצהיר שהפרטים בבקשה זו הינם נכונים ושלמים. ידוע לי כי כל פעולה או התחייבות שתיעשה על ידי בעניין הבקשה בטרם אישורה הינה על אחריותי בלבד. ידוע לי שאם תאושר בקשתי עלי להשתמש בכספים שאקבל אך ורק למטרה שפורטה. אני מאשר כי אני מקבל עלי את כל ההתחייבויות הקשורות בקבלת הסכום.

אני מבקש לשלם לי את הקצבה המיוחדת, אם תאושר, באמצעות:

<input type="checkbox"/> סוג החשבון פרטי	<input type="checkbox"/> קיבוצי	שם בעלי החשבון	שם הבנק
מספר חשבון	מספר הסניף	שם הסניף / כתובתו	

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או בחלקו שולם בטעות או שלא כדין.

חתימה

תאריך

לשימוש המוסד

נתקבל ביום \_\_\_\_\_ שם העובד המטפל \_\_\_\_\_  
פרטי הנכות: % נכות \_\_\_\_\_ זמנית מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_  
% נכות \_\_\_\_\_ צמיתה מ \_\_\_\_\_

מהות הפגיעה (אבחנה רפואית): \_\_\_\_\_

מצורפים בזה: (א) דו"ח פקיד שיקום. (ב) המלצות רופא המוסד  לפי סעיף 69 (ב) לחוק / לפי סעיף 1 (ד) לתקנות המענק המיוחד.  המלצה לאישור המענק / הקצבה בגין המצב הרפואי.  
המלצת ועדת השיקום \_\_\_\_\_

חתימה ותואר התפקיד

חתימה ותואר התפקיד

חתימה ותואר התפקיד

תאריך

החלטת המשרד הראשי: \_\_\_\_\_