



דף הסבר למבקש סיוע בעזרת הזולת למשפחות נפגעי איבה (הורים שכולים, אלמנים ואלמנות)

הורים שכולים, אלמנים ואלמנות של נספי פעולות איבה התלויים בעזרת הזולת מחמת זקנה או מחמת מצב בריאות זכאים למימון טיפול אישי בידי הזולת. הזכאות נקבעת על סמך חוות דעת של רופא המשפחה המטפל ובדיקה של נתונים נוספים.

הכלל הוא שהעזרה ניתנת באמצעות העסקת עובד חברת סיעוד בהתאם להיקף השעות שאושר לזכאי. קיימת אפשרות נוספת של עזרת הזולת והיא מתן תשלום לזכאי עבור מימון העסקת מטפלת (שאינו בן משפחה) ישירות ע"י הזכאי באמצעות הטבה חודשית כתוספת לתגמול.

יש להדגיש כי בכל מקרה של תשלום הטבה חודשית לעזרת הזולת, יש הכרח להעסיק מטפל בפועל.

הורים שכולים, אלמנים ואלמנות הזכאים להשתתפות במימון עזרת הזולת מכוח חוק הסיעוד או קצבת שירותים מיוחדים יידרשו לבחור בין קבלת הסיוע עפ"י חוק נפגעי פעולות איבה או קבלת הסיוע עפ"י החוקים האחרים בהתאם לנוהל המפורט בהמשך.

הנחיות למבקש

על מנת לממש את זכאותך עליך לקרוא בעיון את ההסברים שבהמשך, ולהמציא אישור מרופא המשפחה המטפל (ראה פירוט בהמשך).

על מנת למנוע עיכוב בטיפול בבקשה הקפד לחתום בכל הסעיפים הנדרשים לחתימה ולצרף את המסמכים הנדרשים.

יש להעביר את הטופס (אפשר גם בדואר) בצירוף כל המסמכים למחלקת השיקום בסניף המוסד לביטוח לאומי שבמקום מגוריך.

אגף השיקום
אישור קבלת בקשה לסיוע בעזרת הזולת

לכבוד

הריני לאשר קבלת בקשתך לסיוע בעזרת הזולת.
הודעה על ההחלטה תשלח אליך בדואר.

בכבוד רב,

עובד שיקום _____ חתימה _____ תאריך _____



המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות
אגף שיקום
בקשה לסיוע בעזרת הזולת

עמוד 2 מתוך 4

<p>לשימוש המוסד (סריקה)</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 30px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">מס' זהות</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">סוג דפים המסמך</p>																	<p>חותמת הסניף ותאריך</p>

1. פרטים אישיים של המבקש

<p>מספר זהות ס"ב</p>	<p>תאריך לידה</p>	<p>שם פרטי</p>	<p>שם משפחה</p>		
		<p>אלמנה <input type="checkbox"/></p> <p>אם/אב שכולה <input type="checkbox"/></p>	<p>מצב משפחתי</p>	<p>מין <input type="checkbox"/></p> <p>זכר <input type="checkbox"/></p> <p>נקבה <input type="checkbox"/></p>	
כתובת					
<p>רחוב</p>		<p>מספר בית</p>	<p>דירה</p>	<p>יישוב</p>	<p>מיקוד</p>
<p>מספר טלפון</p>			<p>מספר טלפון נייד</p>		
			0		
			0		

2. אנשים הגרים עם המבקש

שם משפחה	שם פרטי	יחס קרבה	שנת לידה	עיסוק

3. הצהרה על הכנסות (להורים שכולים בלבד)

שים לב!

סוגי הכנסות שאינם נלקחים בחשבון בחישוב שיעור התגמול: גמלאות איבה וקצבת זקנה.

לשכיר - עליך לצרף העתקי תלוש שכר של שלושה חודשים רצופים שקדמו לתאריך הגשת הבקשה (בטבלה שלפניך עליך לציין את השכר לחודש לפי ממוצע שלושת החודשים הנ"ל).

לעצמאי - עליך לצרף העתק שומת מס אחרונה (בטבלה שלפניך עליך לציין את ממוצע הכנסותיך לחודש אחד). יש להצהיר על כל ההכנסות.

להלן פירוט הכנסותי ברוטו לחודש

(ציין סכום בש"ח)		מקור הכנסה
בן/בת הזוג	המבקש/ת	
		1. עבודה כשכיר
		2. עבודה כעצמאי
		3. פנסיה מעבודה
		4. רנטה מחו"ל
		5. קצבת שאירים
		6. שכר דירה
		7. אחר (פרט)

4. קבלת תשלום או שירותים עבור טיפול אישי ו/או עזרת בית מהגורמים הבאים (סמן את המתאים)

- לא מקבל
- מקבל מהמוסד לביטוח לאומי: שירותים מיוחדים גימלת סיעוד
- קצבה מיוחדת כנגד עבודה
- מקבל ממשד הבטחון עזרה בבית או הטבה לעזרת הזולת

5. ויתור סודיות

ויתור סודיות ייחתם ע"י המבקש או אפוטרופוסו (אם מונה כזה). הויתור מהווה תנאי הכרחי לטיפול בבקשה.

אני הח"מ _____ מספר זהות _____ מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

שם ומשפחה _____ תאריך _____ חתימה _____
(אם החותם אינו המבקש יצורף צו אפוטרופוסות)

6. הצהרת התובע

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזה כי כל הפרטים בבקשה ובצירופיה הם נכונים. ידוע לי כי בהתאם לחוק מי שגרם במרמה או ביודעין לקבלת גמלה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים או מסירת פרטים לא נכונים, דינו קנס או מאסר שנה. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי שיחול בפרטים שמסרתי בבקשה זו. כמו כן, אני מצהיר בזה כי פרט להכנסות שצינתי לעיל אין לי ו/או לבן זוגי הכנסות נוספות.

שם ומשפחה _____ תאריך _____ חתימה _____

7. הצהרת המגיש שאינו התובע

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזה כי כל הפרטים בבקשה ובצירופיה הם נכונים. ידוע לי כי בהתאם לחוק מי שגרם במרמה או ביודעין לקבלת גמלה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים או מסירת פרטים לא נכונים, דינו קנס או מאסר שנה. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי שיחול בפרטים שמסרתי בבקשה זו. כמו כן, אני מצהיר בזה כי הפרטים לגבי ההכנסות שצויינו לעיל, נמסרו לאחר שבדקתי ווידאתי כי למבקש ו/או לבן זוגי אין הכנסות נוספות.

שם ומשפחה _____ תאריך _____ חתימה _____

מס' זהות _____ הקשר למבקש _____ כתובת _____

עמוד 4 מתוך 4

שם החולה _____	ת.ז.

8. הערכת מצב תפקודי ונפשי

לכבוד

רופא המשפחה המטפל

מצ"ב טופס המשמש את **המוסד לביטוח לאומי** בקביעת גובה השתתפות המוסד בעזרה לזולת או בסידור מוסדי להורים שכולים ואלמנות של נפגעי פעולות איבה המטופלים ע"י אגף השיקום במוסד לביטוח לאומי. נבקש למלא את הטופס במלוא תשומת הלב תוך הקפדה על:

1. שם משפחה, שם פרטי וגיל הפונה.
2. מילוי האבחנות הרפואיות, אם אפשר גם בעברית.
3. מילוי X ליד מגבלה אחת בלבד בכל סעיף (בהתאם למצב הזכאי).
4. במידה ונעשתה טעות במילוי הטופס ובוצע תיקון, אנא חתום/חיתמי ליד התיקון (+ חותמת).
5. יש לוודא כי המבקש חתם על ויתור סודיות בעמוד הקודם.

תודה מראש על שיתוף הפעולה.

בכבוד רב,

אגף השיקום
המוסד לביטוח לאומי

1) אבחנה רפואית (לציין חומרת מצב)

הערכת מצב תפקודי ונפשי (בכל סעיף א'-ח' יש לסמן X במצב תפקודי ונפשי אחד בלבד):

א. תנועה	ג. הלבשה	ו. שליטה על סוגרים	ז. התמצאות
הליכה חופשית	עצמאי	שליטה מלאה	מתמצא בזמן ובמקום
הליכה בעזרת הזולת	זקוק לעזרה חלקית	שליטה חלקית	שכחה בתפקוד יומיומי המהווה סיכון
הולך בקושי	זקוק לעזרה מלאה	באמצעי עזר	לא מתמצא בזמן ובמקום
הולך בעזרת מכשיר			
עגלת נכים			
רתוק למיטה			

ב. אכילה	ה. ראייה	ח. זמן משוער של המחלה	ד. רחצה
אוכל לבדו	תקינה/תקינה עם משקפיים	1-3 חודשים	עצמאי
זקוק לעזרה חלקית	עיוור	4-6 חודשים	זקוק לעזרה חלקית
זקוק לעזרה מלאה	כבד ראייה	7-12 חודשים	זקוק לעזרה מלאה
		לצמיתות	

סיכום והמלצות רופא המשפחה המטפל - יש לציין את המצב התיפקודי עפ"י הקטגוריות הבאות:

עצמאי
 תשוש
 סיעודי
 סיעודי מורכב

2. הבעיות הסיעודיות הטיפוליות העיקריות של החולה

3. המלצות

הפנייה לסידור בבית אבות
 יכול להישאר בביתו וזקוק לעזרה ביתית
 אחר

שם רופא המשפחה המטפל _____	חותמת (בציון מס' רשיון) _____	חתימת רופא המשפחה המטפל _____	תאריך _____
----------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------