



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לתשלום מענק מיוחד
לנפגעי עבודה

דיור אביזרי עזר רכב

עמוד 1 מתוך 2

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

אני החתום/ה מטה תובעת/ת לפי סעיף 112 לחוק מענק מיוחד לסידורים חד פעמיים הנובעים מנכותי.

1 פרטי התובעת/ת			
שם משפחה	שם פרטי	שנת לידה	מספר זהות ס"ב
כתובת			
רחוב	מס' בית	כניסה	דירה
מיקוד	יישוב		
טלפון קווי	טלפון נייד		דואר אלקטרוני
<input type="checkbox"/> אני מאשר/ת קבלת הודעות SMS	מצב משפחתי		ילדים מתחת לגיל 18
תאריך הפגיעה	<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/ה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/ה בציבור		
שנה	חודש	יום	אחוזי נכות שנקבעו
<input type="checkbox"/> לצמיתות <input type="checkbox"/> זמניים עד לתאריך _____			

2 הנימוקים לתביעה
אנא פרטי/ מטרות המענק לו אתה נזקקת/ת וגובה המענק המבוקש

עליך לצרף לתביעה מסמכים רפואיים עדכניים שתייחסו למצבך הרפואי, לאשפוזים שהיו בשנים האחרונות, לטיפולים שהיך מקבלת/ת ולקשייך התפקודיים הנובעים מפגיעת העבודה שלך.

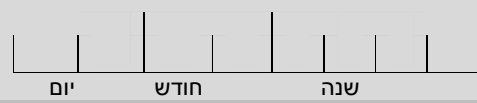
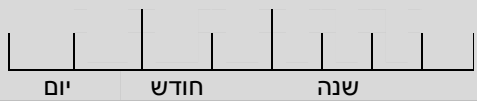
3 פרטי חשבון הבנק של התובעת/ת			
אני מבקש/ת לשלם לי את המענק המיוחד, אם יאושר, באמצעות:			
שם הבנק	שמות בעלי החשבון		
מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף / כתובתו	מס' הבנק
אני מסכימה/ה שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.			
תאריך	חתימת בעלי החשבון * _____		

4 הצהרה

אני החתומה/מטה מצהיר/ה 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 מתחייבת/להודיע על כל שינוי תוך 30 יום.

תאריך _____ חתימת התובע/ת **x** _____

לשימוש המוסד (סניף)

שם עובד מקבל		נתקבל ביום	
			
צמיתה מיום		פרטי הנכות:	
		%	
מהות הפגיעה (אבחנה רפואית)			
<hr/> <hr/>			
מצורפים בזה: (א) דו"ח פקיד שיקום (ב) הצעות מחיר			
המלצות ועדת שיקום			
<hr/> <hr/>			
תאריך	חתימה	תואר התפקיד	החלטת המשרד הראשי
_____ x	_____ x	_____ x	_____
_____	_____	_____	_____
_____ x	חתימה	תאריך	_____