



המוסד לביטוח לאומי

ניידות, סניף _____

כתובת _____

מיקוד _____

טל _____

אל: המכון הרפואי לבטיחות בדרכים

קביעת רכב מיוחד

רח' הארבעה 14

תל – אביב, מיקוד 64739

בקשה לרכב מיוחד

א. פרטי המוגבל בניידות

| | | |
|----------|---------|------------------|
| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות ס"ב |
| | | |

| | | | | | |
|------------|-----------------|-------|------|-------|-------|
| רחוב | מספר בית | כניסה | דירה | יישוב | מיקוד |
| | | | | | |
| מספר טלפון | מספר טלפון נייד | 0 | 05 | | |

ב. נימוקי הבקשה

מבקש רכב בגודל _____ סמ"ק, סוג הרכב, הדגם והאבירים שמבקש לרכוש _____

נימוקי הבקשה _____

(ניתן לצרף גם מכתב לנימוק הבקשה).

תאריך _____ חתימת המוגבל בניידות _____

ג. פרטים על המוגבלות בניידות, נהיגה וזכאות (ימולא ע"י פקיד תביעות)

אחוז המוגבלות בניידות % _____ נקבע (לאחרונה) בתאריך _____

בלשכת הבריאות ב _____

מצורף בזה פרוטוקול הועדה הרפואית האחרונה.

בעל רשיון נהיגה חסר רשיון נהיגה

נבדק (לאחרונה) במכון _____

לפי הנתונים הנ"ל זכאי עפ"י הסכם הניידות לרכב בגודל _____ סמ"ק.

תאריך _____ שם פקיד התביעות _____ חתימת פקיד התביעות _____