

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

25.7.23

בדוא"ל

לכבוד
מנורה מבטחים חברה לביטוח בע"מ
באמצעות דוא"ל
א.ג.נ.,

הנדון : חן כהן, ת.ז. 201048451
אובדן כושר עבודה

בהמשך למכתבכם ולשיחותינו הריני מתכבד לפנות להשיב ולצרף מסמכים כדלקמן :

1. מצ"ב כמבוקש סעיף 6 מלא.
2. מצ"ב פרוטוקולי והחלטות המל"ל לפיהן ובהתאם לתיעוד הרפואי בעניינינו מצוי הוא באי כושר מלא לעבודה ונכותו בשיעור 100%.
3. כן, מצ"ב הפטר ותלושי שכר כמבוקש במכתבכם.
4. עוד מצ"ב תיעוד רפואי עדכני.
5. לאור כל האמור לעיל והמצ"ב אודה לעיונכם וטיפולכם המסור בתשלום תגמולי הביטוח והעברתם לחשבון נאמנות הח"מ.
6. לעיונכם וטיפולכם המסור והמהיר אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

תביעת אובדן כושר עבודה ו/או נכות מקצועית בפוליסת ביטוח חיים חלק א' - למילוי על ידי המבוטח

1. פרטים מזהים של המבוטח

מס' פוליסה	שם משפחה ושם פרטי:	מספר זהות	תאריך לידה
	כרן חן	20104451	5/11/1949
כתובת	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	מיקוד
רח' זאבי הרקום מס' בית 24 יישוב ראש/3		054-2215910	
שם קופת חולים	סניף	שם רופא משפחה	
נמר		ד"ר עילי מר כהן/סניף	

2. אופן משלוח הודעות - נודה לבחירתך את אופן משלוח ההודעות בדבר מהלך הבירור בתביעתך:

☐ דואר ישראל	☒ דואר אלקטרוני (מייל מאובטח)
כתובת מייל:	מס' טלפון נייד (חובה לציין לצורך משלוח סיסמה לפתיחת הודעת דוא"ל)
frei.aril@gmail.com	054-6544930

- לתשומת ליבך, במידה ולא בחרת את אופן משלוח הדיוור ההודעות ישלחו באמצעות דואר ישראל.
- בחירתך לאופן משלוח הדיוור תקפה לתביעה זו בלבד.

3. ככל שהינך מיוצג ע"י עורך דין, הודעות בדבר מהלך בירור התביעה ישלחו אליו. במידה והינך מבקש לשלוח הודעות אלו באמצעות דוא"ל, אנא הקפד על מילוי כתובת המייל של עורך הדין:

☐ דואר ישראל	☒ דואר אלקטרוני (מייל מאובטח)
כתובת מייל:	מס' טלפון נייד של עו"ד (חובה לציין לצורך משלוח סיסמה לפתיחת הודעת דוא"ל)
frei.aril@gmail.com	054-6544930

4. פרטים מזהים על מקום העבודה

מקום עבודה וכתובת	מס' טלפון בעבודה	פרטי תפקידך בעת הפגיעה
טרנס גזרכות		מאכנת/
שכר החודשי הממוצע ב-12 החודשים האחרונים לעבודתך	תאריך הפסקת עבודתך	האם השתנה תפקידך מאז הוצאת הפוליסה?
	2020 11	כן ☐ לא ☐
		האם חזרת לעבודה ☐ כן ☒ לא ☐ פרטי מועד חזרתך, מספר שעות עבודתך ביום

5. פרטים רפואיים

א. יש למלא במקרה שאי הכושר נגרם כתוצאה ממחלה

המועד בו הרגשת לראשונה בהפרעות כלשהן	תאריך קבלת טיפול ראשון	תאריך אבחנת המחלה ועל ידי מי	האבחנה הרפואית	שם הרופא המטפל וכתובתו
13.7.2017				

ב. יש למלא במקרה שאי הכושר נגרם כתוצאה מתאונה

תאריך אירוע התאונה/הפגיעה	שעת אירוע התאונה/הפגיעה	כתובת מקום אירוע התאונה/הפגיעה
תאר בקצרה נסיבות התאונה:		

ג. יש למלא בכל מקרה

האם אושפדת או הינך מאושפז בבית חולים?	האם טופלת על ידי רופאים בקשר למצב בריאותך הנוכחי ובכלל בשנתיים האחרונות?
כן ☒ לא ☐ פרט: 237	כן ☒ לא ☐ פרט: 237
שם הרופא וכתובתו	תאריך הטיפול

6. ביטוחים ותשלומים נוספים

האם אתה מקבל או זכאי לקבל תשלומים חודשיים בזמן אי כושר העבודה מאת:			
זכויות לפיצוי		כן	לא
למשך זמן	סכום חודשי		
		X	
		X	
		X	
		X	
	~ 3,500		X
		X	
		X	

7. הצהרת המבוטח

אני החתום מטה מצהיר בזה כי תשובתי לעיל הינן מלאות ונכונות. ידוע לי כי על פי הוראות החוק, מסירת מידע כוזב או מטעה עלול לגרום לדחיית תביעתי ו/או שלילת זכותי לפיצוי על פי הפוליסה. הנני מצהיר כי בתקופה אשר ציינתי לעיל, אינני עובד בעבודה כלשהי ובמקרה ויחזור אלי כושר עבודתי, אף במידה חלקית, הנני מתחייב להודיע על כך לחברה, להמשיך בתשלום הפרמיות במלואן ולהחזיר לחברה פיצויים ששולמו לאחר שחזר אלי כושר העבודה.

תאריך 23.11.21

חתימת המבוטח X

8. הריני מאשר בזאת למנורה מבטחים ביטוח (להלן - "מנורה") לשלוח ו/או להעביר לידי סוכן הביטוח מר/גב' _____ (להלן - "סוכן הביטוח") את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה זו, לרבות מידע רפואי בקשר עם תביעה זו ו/או מידע רפואי שנודע למנורה אגב תביעה זו, ולא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה כלפי "מנורה" בכל המגע להעברת המידעים ו/או המסמכים, לרבות המידע הרפואי לסוכן הביטוח ו/או באמצעותו.

תאריך 23.11.21

חתימת המבוטח X



חלק ב' - שאלון לרופא המטפל

1. פרטים על מצבו הבריאותי של המבוטח

27/10/2019

א. ציין/י את התקופה בה נמצא המבוטח בטיפולך

ATTENTION - NOUS MAUFORMATION

ב. האבחנה של המחלה או הפגיעה (ציין/י כל הפרטים הרפואיים)

27/10/2019

ג. מועד התחלת המחלה / הפגיעה

ד. האם דרוש ביצוע ניתוח? ☐ לא ☒ כן, פרטי: אבן בידורית, אבן בידורית

ה. האם בוצעו הבדיקות הרפואיות הבאות:

1. רנטגן ☐ לא ☒ א.ק.ג. ☐ לא ☒ כן

2. אנדוסקופיה (כגון בדיקת קיבה או מעי הגס) ☐ לא ☒ כן

3. גלים על קוליים (אולטרא סאונד) או הדגמת איברים בעזרת איזוטופים ☐ לא ☒ כן

4. טומוגרפיה ממוחשבת ☐ לא ☒ כן

5. אם כן מתי, באיזה מוסד ומהן התוצאות? אבן בידורית, אבן בידורית

בדיקות אחרות: אבן בידורית, אבן בידורית

ו. האם אפשר ליתס את המצב הבריאותי הנוכחי לאיזו מחלה או פגיעה גוף קודמת (ציין/י פרטים)

10/10

ז. מצבו הבריאותי הנוכחי של המבוטח:

☐ החלים, פרטי:

☐ הורע, פרטי:

☒ ללא שינוי, פרטי: ול שכיח, אבן בידורית, אבן בידורית

ח. האם נערכה בדיקה כלשהי לגילוי גידול סרטני? ☐ לא ☒ כן

אם כן פרטי/ סוג הבדיקה, מועד ותוצאותיה

ט. לנשים בלבד (ציין מקסימום פרטים כגון: תוצאות בדיקות, מועד ומקום):

האם נבדקה בבדיקה ממוגרפית (בדיקת שדיים) ☐ לא ☐ כן, פרטי:

האם נבדקה בבדיקה פפסמיר (בדיקת צואר הרחם) ☐ לא ☐ כן, פרטי:

2. פרטים על כושר עבודתו של המבוטח

א. באיזה תאריך נאלץ המבוטח להפסיק עבודתו?

27/10/2019

ב. באיזה תאריך חזר או יהיה מסוגל לחזור לעבודתו? אבן בידורית, אבן בידורית

ג. אם המבוטח אינו מסוגל לחזור לעבודתו הקודמת ציין לאיזה סוג עבודה מסוגל לחזור? אבן בידורית, אבן בידורית

ד. ציין פרטים נוספים בקשר לאובדן כושר עבודה, אם ישנם.

3. הערות: אבן בידורית, אבן בידורית

תאריך: 27/10/19

כתובת: אבן בידורית, אבן בידורית

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה: אבן בידורית, אבן בידורית

חלק ג' - טופס בקשת מידע רפואי וויתור סודיות

אני החתום מטה: (במקרה של קטין ירשמו פרטיו על-ידי הורה)

שם משפחה ושם פרטי	מס' זהות	שם האב
כהן חן	20104451	
כתובת	טלפון	
חל הרצון 24 שאלן אכיל	054-2215940	

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, בתי חולים, פסיכיאטריים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא ההגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או חברות לביטוח ו/או קרנות פנסיה ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור למנורה חברה לביטוח או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע כאמור במסמך זה (להלן "המבקשים") ואת כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאליזציה ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או הנפשי ו/או הגנטי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרפאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או הנפשי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי, אצל נותני השירותים שיפורטו להלן, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי "המבקשים" ולא תהא לי כלפי כל המוסדות לרבות קופות חולים ו/או למי מרפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

וויתור סודיות זה מחייב אותי, את עזבוני, את יורשיי, את באי כוחי על-פי דין וכל מי שיבוא במקומי.

במקרה של קטין

שם האב	מס' זהות	שם האם	מס' זהות

חתימת המבוטח:

23.11.21

תאריך

שם פרטי ומשפחה

20104451

תעודת זהות

X

חתימת המבוטח

(במקרה של קטין, חתימת האפוטרופוס)

פרטי העד לחתימה (רופא, עו"ד, אחות, פסיכולוג, עובד סוציאלי, מורשה חתימה בבנק, סוכן ביטוח):

23.11.21

תאריך

שם פרטי ומשפחה

עיסוק

תעודת זהות

חתימה+חותמת + מס' רישון

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

חלק ד' - פרטי הבנק להעברת תשלום התביעה

יש לצרף העתק שיק מבוטל או אישור על ניהול חשבון בנק.

אני זאב אריאל סה"ר מס' זהות 066630930
 כתובת אילן הדר, ד, יבנה שם המבוטח/ת
 טלפון 03-7412357

1. נותן בזאת הוראה בלתי חוזרת שכל תשלום לו אהיה זכאי/ת בהתאם לפוליסה/ות מספר 133470 עבור אובדן כושר עבודה יועבר על ידי "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" לחשבון מס' בבנק סניף אילן הדר 317 ע"ש אילן הדר וטלית כתובת הסניף מנורה סניף 65 יבנה
2. רישום העברת הכספים לחשבוני ב"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" תהווה אסמכתא רשמית לקבלתם על ידי ואין ולא תהיינה לי כל טענה ו/או תביעה ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" בכל הקשור לכספים.

21.11.21

תאריך

חתימת מבוטח



סמון/י $\sqrt{\quad}$ בריבוע המתאים

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעסיק⁽¹⁾

לפי תקנות מס הכנסה (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993

שנת המס 2023

טופס זה ימואל על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (אא"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעסיק למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת⁽¹⁾ העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים.

{ראה הסבדים {לפי המספרים} מעבר לדף}

א. פרטי המעסיק (למילוי ע"י המעסיק)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
			9

ב. פרטי העובדת/ (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספה. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים. למי שאין מספר תיעודת זהות יש לצרף צילום דרכון ואישור / רשיון שהיה בישראל שנתנו על ידי רשות האוכלוסין וההגירה)

שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		תאריך עליה	
20100451		ח		05.11.1989			
מספר דרכון ולמי שאין מספר ת.ז.		כתובת פרטית		מספר		מיקוד	
		רחוב/שכונה		עיר/ישוב		מספר	
מין		מצב משפחתי		תושב ישראל		חבר קיבוץ/מושב שיתופי	
☒ זכר		☐ נשוי/אה		☒ כן		☐ כן	
☐ רווק/ה		☐ גרוש/ה		☐ לא		☐ לא	
☐ אלמנה/ה		☐ פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש)		☐ לא		☒ כן, שם הקופה: 00000000000000000000	
כתובת דואר אלקטרוני		מספר טלפון		מספר טלפון נייד			
				/		054 / 2215940	

ג. פרטים על ילדיי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודות זהות) ד. פרטים על הכנסותיי ממעסיק זה

סמן/י $\sqrt{\quad}$ ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך

בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל

תאריך תחילה העבודה (1) בשנת המס	אני מקבל/ת: (ראה הסברים במעבר לדף) ☐ משכורת חודש⁽²⁾ ☐ משכורת בעד משרה נוספת⁽³⁾ ☐ משכורת חלקית⁽⁴⁾ ☐ שכר עבודה (עובד יומי)⁽⁵⁾ ☐ קצבה⁽⁶⁾ ☐ מלגה⁽¹⁾
---	--

[illegible]

ה. פרטים על הכנסות אחרות

☒ אין לי הכנסות אחרות ממשכורת (משכורת חודש, בעד משרה נוספת, משכורת חלקית, שכר עבודה), מקצבה וממלגה⁽¹⁾
☐ יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:
☐ משכורת חודש⁽²⁾ ☐ שכר עבודה (עובד יומי)⁽⁵⁾
☐ משכורת בעד משרה נוספת⁽³⁾ ☐ קצבה⁽⁶⁾
☐ משכורת חלקית⁽⁴⁾ ☐ ממלגה⁽¹⁾
 אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן/י:
☐ אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד.) איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת⁽⁷⁾
☐ אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו⁽⁸⁾
☐ אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעסיק לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת⁽⁹⁾
☐ אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעסיק לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת⁽¹⁰⁾

ו. פרטים על בן/בת הזוג

מספר זהות (אם סגרת)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
מספר דרכון (למי שאין מספר זהות) ☐ אין לבן/בת הזוג כל הכנסה ☐ יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: ☐ עבודה/קצבה/עסק ☐ הכנסה אחרת				

ז. שינויים במהלך השנה (כולל שינויים הקשורים לבקשה להקלה בחישוב המס מעבר לדף)

תאריך השינוי	פרטי השינוי	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת
		/ /	
		/ /	
		/ /	

ח. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות (סמן/י ✓ בריבוע המתאים)

1	☒ אני תושב/ת ישראל.
2	☐ אני נכה 100% / עיוור/ת / לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בפרק ה' כי "אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.
3	☐ אני תושב/ת קבוע/ה בישוב מזכה ⁽¹³⁾ . מתאריך..... אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב..... ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312 א.
4	☐ אני עולה חדש/ה מתאריך..... לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך..... מי שתקופת זכאותו אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תיכונים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה. חובה לצרף: תעודת עולה.
5	☐ בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס. רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיע/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוור/ת עפ"י סעיף 9(5) לפקודה.
6	☐ אני הורה במשפחה חד הורית ⁽¹¹⁾ החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדי, הנמצאים בחזקתו ובגנים מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.
7	☐ בגין ילדיי שבחזקתי המפורטים בחלק ג. ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגנים, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד ⁽¹²⁾ . ☐ מספר ילדים שנולדו בשנת המס..... ☐ מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס..... ☐ מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 12 שנים בשנת המס..... ☐ מספר ילדים שימלאו להם 13 שנים עד 17 שנים בשנת המס..... ☐ מספר ילדים שימלאו להם 18 שנים בשנת המס.....
8	☐ בגין ילדיי. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד ⁽¹²⁾ . ☐ מספר ילדים שנולדו בשנת המס..... ☐ מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס..... ☐ מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 12 שנים בשנת המס.....
9	☐ אני הורה יחיד ⁽¹²⁾ לילדיי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7 ו-8 לעיל).
10	☐ בגין ילדיי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם. ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדי, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.
11	☐ אני הורה ל..... ילדים עם מוגבלות שטרם מלאו להם 19 שנים, בגינם אני מקבל/ת גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי. מצורף אישור גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי לשנה נוכחית. בן זוגי אינו מקבל נקודות זיכוי אלה. לילדיי, בגינם אני מבקש את נקודות הזיכוי, אין הכנסות בשנה הנוכחית.
12	☐ בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין.
13	☐ מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.
14	☐ אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות..... תאריך סיום השירות..... מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.
15	☐ בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמן/י ✓ בריבוע המתאים)

1	☒ לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעסיק זה. הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור משרתת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכיו"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה. 2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.		
2	☐ יש לי הכנסות נוספות ממשכורת ⁽¹⁾ כמפורט להלן:		
ה מ ע ס י ק / מ ש ל מ ש כ ו ר ת ⁽¹⁾			
ש	כ	מספר תיק ניכויים	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)
		9	המס שנוכה (לפי התלושים)
		9	
		9	
3	☐ פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.		

י. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשטמה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעסיק על כל שינוי שיחול בפרטיי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

תאריך..... 21.9.23

חתימת המבקש/ת.....

דברי הסבר למילוי טופס 101

- "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעסיק" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קיצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב. "עבודה" לרבות קבלת משכורת. "מלגה" לרבות מענק. פרס או פטור ממשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
- משכורת חודש
- משכורת בעד משרה נוספת
- משכורת חלקית
- שכר עבודה
- קצבה
- אם העובד לא מילא משבצת זו - המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.
- אם העובד מילא משבצת זו - המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעסיק לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעסיק לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוץ (ע"י אישור פ"ש בלבד).
- הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
- ישוּב מזכה - ישוּב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח. לפי העניין.



בית משפט השלום בראשון לציון

23 נובמבר 2021

חדל"פ 20-03-2553 כהן נ' ממונה על חדלות פירעון – מחוז תל אביב ואח'

ממונה חדל"פ/כונ"ר 3_303496

לפני כבוד השופט יוני לבני

בעניין: חוק חדלות פירעון ושיקום כלכלי תשע"ח 2018
להלן: "החוק"
בעניין: להלן: "הנושים"
בעניין: חן כהן ת"ז 201048451
ובעניין: להלן: "היחיד"
להלן: "הממונה"

1. ממונה על חדלות פירעון – מחוז תל אביב משרדי ממשלה
570001772

2. עו"ד אורי בראון (נאמן) ת"ז

3. ענו אחזקות בע"מ (נושה) חברות 513519058

נוכחים:

ב"כ הממונה עו"ד גילי בר
הנאמן עו"ד אורי בראון
ב"כ היחיד עו"ד דניאל חנה
היחיד

פרוטוקול

הנאמן:

דיון שני בעניין החייב את הדיון הקודם ביקשנו לדחות על מנת לבחון לבדוק אם קיים שינוי במצבו של החייב ולצער אינן. אין צפי. חובותיו נוצרו בתום לב ונוכח מצבו הרפואי של החייב ושלא נראה שהולך להשתפר בקרוב אני סבור שיש ליתן הפטר לאלתר בתיק. הנכות היא זמנית ולא קבועה וכן העובדה שהחייב לא הציג צרכים נקודתיים לא נסכים לבקשתו הקופות אנו סבורים שהקופות צריכות להיות ממומשות. הסכומים הם 50 אלף. גובה החובות 371 אלף. תחילת ההליך היתה תקינה לאחר מכן חלה התדרדרות.



בית משפט השלום בראשון לציון

23 נובמבר 2021

חדל"פ 20-03-2553 כהן נ' ממונה על חדלות פירעון –
מחוז תל אביב ואח'

ב"כ היחיד :

לגבי המצב הרפואי של החייב, מצבו הולך ומתדרדר, הוא מטופל במרפאת כאב גם, הועדות של בטלא יכולות להמשך שנים כי זה כל פעם מחדש לגבי הנכות. הוועדה קובעת כל פעם לחצי שנה. יש לי מסמכים שאוכל להציג לנאמן, התנהלות החייב באמת הוא משתדל לעשות ככל יכולתו, הוא סובל מהתקפי מגרנה קשים מאוד, עבר טיפול רדיולוגי וצריך עוד טיפול אחד. הוא מוציא הרבה כספים על תרופות שיקום פיזיותרפיה.

הממונה :

מצטרף להמלצה למתן הפטר לאלתר לאור המצב.

פסק דין-צו לשיקום כלכלי

1. לאחר שעיינתי בהצעת הממונה ושמעתי את הצדדים בדיון היום; בהסכמת הממונה, הנאמן והיחיד; ובהיעדר התנגדות מטעם איזה מהנושים - ניתן בזאת צו לשיקום כלכלי בהתאם לסעיף 161 לחוק חדלות פירעון ושיקום כלכלי, התשע"ח-2018 (להלן: החוק) כדלקמן:

א. ניתן בזאת הפטר לאלתר מחובותיו של היחיד, בהתאם לסעיף 167 לחוק חדלות פירעון.

מצאתי לתת הפטר זה בשים למצבו הבריאותי של היחיד שמוגדר כמצוי באי כושר של

100% ובהתאם למסמכים הרפואיים, מצבו אינו צפוי להשתפר בעתיד הנראה לעין.

ב. בהתאם לאמור בהצעת הממונה ליחיד נכסים פיננסיים שאינם מוגנים ובהסכמת הצדדים

אלה יועברו לקופת הנשייה. בצד זה, כל הנכסים שיוקנו ליחיד בתקופה של 3 שנים

מהיום יכללו בנכסי קופת הנשייה בכפוף למגבלות שבסעיף 164(א) ו(ב) לחוק חדל"פ.

ג. חובות שלגביהם לא יחול ההפטר - ההפטר לא יחול על סוגי חובות המנויים בסעיף 175

לחוק.

2. מבלי לגרוע מן האמור בהוראות החוק ומבלי להתיימר למצות את האמור בהן, מובהר ליחיד כי עם מתן ההפטר, היחיד והוא בלבד פטור מחובות העבר שלא ניתן לפרוע מנכסי קופת הנשייה.

ניתנה והודעה היום י"ט כסלו תשפ"ב, 23/11/2021 במעמד הנכבדים.



בית משפט שלום ומשפחה ראשון לציון
אלי מאשר
שהיחיד נכנס למקור
סגנית מרשית
3.05.2021
מזכיר ראשי
חתימה (12)



בית משפט השלום בראשון לציון

23 נובמבר 2021

חדל"פ 2553-03-20 כהן נ' ממונה על חדלות פירעון –
מחוז תל אביב ואח'

יוני לבני, שופט

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

ניתנה והודעה היום י"ט כסלו תשפ"ב, 23/11/2021 במעמד הנוכחים.

יוני לבני, שופט

11
12
13
14
15
16
17

הוקלד על ידי ענת אברהמי



038109

קוד הפניה: 286184510

טלפון: 03-6476111

פקס: 03-6093020

כתובת: השירה העברית 10, ראשון לציון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 201048451

שם פרטי: חן

שם משפחה: כהן

טל.עבודה/נייד: 0542215980

000000000

טלפון:

מין: ז

05/11/1989

ת.לידה:



מיקוד 5592302

הרמה 2/33, גני תקווה

כתובת:

0201048451

התייעצות מומחה

- במכבי

נירואופטלמולוגיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

תלונות: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

בן, 33 ברקע AVM צרבלרי מ/א צנתורים והקרנה

מלין על קשיים בתחום הקשב והריכוז מזה מספר שנים, ככה"נ מילדות אולם במגמת החמרה מאז גילוי הממצא המוחי וההתערבות הנלווית.

אינו עובד כתוצאה מכך, למעט זאת תפקוד יומיומי מתואר כשמור.

בבדיקתו היום, MOCA 27/30 שהינו בטווח התקין. נקודות ירדו על זיכרון מושהה (3/5) אולם נזכר בשאר המילים עם רמזים, ושטף (8 מילים)

MRI מוח אחרון למעט הממצא המוחי הידוע ללא פתולוגיה אחרת ברקמת המוח לרבות אטרופיה לפי פענוח הרושם הוא כי מדובר ככה"נ בהפרעה על ספקטום הפרעות הקשב, שהוחמרה סביב התערבויות מוחיות כמפורט, בשילוב עם כאב

כרוני, הפרעת שינה וייתכן גם הפרעה אפקטיבית לא מאובחנת. הקליניקה המתוארת, גיל ההתייצגות, המהלך, ממצאי הבדיקות כמפורט פחות תומכים במהלך נירודגנרטיבי. מופנה להמשך הערכה וטיפול במכון רקאנטי.

#המשך מעקב נירוכירורגי והשלמת הדמיית ביקורת

#מעבדת שינה

#ביקורת פסיכיאטרית/פסיכולוגית להערכה להפרעה אפקטיבית ושקילת טיפול

#בדיקות דם: ספירת דם וספירה מبدלת, שקיעת דם, אלקטרוליטים, תפקודי כבד וכליה, רמת שומנים בדם, ויטמין

B12, חומצה פולית, ויטמין D, רמת הומוציסטאין בדם ותפקודי קרישה במידה ואלו לא בוצעו השנה. HIV iVDRL

#מומלץ על פעילות קוגניטיבית וחברתית מגוונת לשימור ושיפור יכולת החשיבה.

#מומלץ על פעילות גופנית אירובית, מתונה. 43 פעמים בשבוע, 4530 דקות בכל פעם.

#מעקב ואיזון ג"ס ווסקולריים לרבות איזון שומנים בדם, מעקב ואיזון לחצי דם, HBA1C

#הימנעות מעישון.

#הערכה נירואופטלמולוגית ושדות ראייה ממוחשבים

#השלמת אבחון להפרעות קשב במסגרת הקהילה

#ביקורת אחר תוצאות הבירור אצל נירולוג מטפל בקהילה

אבחנה:

• ELECTRONIC FORMS

מעשנת: לא

ד"ר ברנשטיין אילנית

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה



038109

קוד הפניה: 286184510

טלפון: 03-6476111

פקס: 03-6093020

כתובת: השירה העברית 10, ראשון לציון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 201048451

שם פרטי: חן

שם משפחה: כהן

טל.עבודה/נייד: 0542215980

000000000

טלפון:

מין: ז

05/11/1989

ת.לידה:

מיקוד 5592302

הרמה 2/33, גני תקווה

כתובת:



0201048451

התייעצות מומחה

• ARTERIOVENOUS MALFORMATION (10/2019)

בעיות ידועות:

LYRICA 50MG X 56 1X2X90
ELATROLET 10MG X 30 1X1X90

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: חוות דעתך והמלצותיך להמשך בירור והערכה
בתודה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

22/08/2022

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 22/08/2022 עד תאריך - 18/02/2023

התמוחיות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 03-6476111

פקס: 03-6093020

כתובת: השירה העברית 10, ראשון לציון



0031436124



038109

קוד הפניה: 286184530

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 201048451

שם פרטי: חן

שם משפחה: כהן

טל.עבודה/נייד: 0542215980

000000000

טלפון:

מין: ז

05/11/1989

ת.לידה:



0201048451

מיקוד 5592302

הרמה 2/33, גני תקווה

כתובת:

מכון עיניים

פירוט	קוד	הבדיקה הדרושה
	5031	שדה ראייה

תלונות:

הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

בן, 33 ברקע AVMCרבלרי מ/א צנתורים והקרנה

מלין על קשיים בתחום הקשב והריכוז מזה מספר שנים, ככה"נ מילדות אולם במגמת החמרה מאז גילוי הממצא המוחי וההתערבות הנלווית.

אינו עובד כתוצאה מכך, למעט זאת תפקוד יומיומי מתואר כשמור.

בבדיקתו היום, MOCA 27/30 שהינו בטווח התקין. נקודות ירדו על זיכרון מושהה (3/5) אולם נזכר בשאר המילים עם רמזים, ושטף (8 מילים)

MRI מוח אחרון למעט הממצא המוחי הידוע ללא פתולוגיה אחרת ברקמת המוח לרבות אטרופיה לפי פענוח

הרושם הוא כי מדובר ככה"נ בהפרעה על ספקטום הפרעות הקשב, שהוחמרה סביב התערבויות מוחיות כמפורט, בשילוב עם כאב כרוני, הפרעת שינה וייתכן גם הפרעה אפקטיבית לא מאובחנת. הקליניקה המתוארת, גיל ההתאבדות, המהלך, ממצאי

הבדיקות כמפורט פחות תומכים במהלך נירודגנרטיבי.

מופנה להמשך הערכה וטיפול במכון רקאנטי.

#המשך מעקב נירוכירורגי והשלמת הדמיית ביקורת

#מעבדת שינה

#ביקורת פסיכיאטרית/פסיכולוגית להערכה להפרעה אפקטיבית ושקילת טיפול

#בדיקות דם: ספירת דם וספירה מבדלת, שקיעת דם, אלקטרוליטים, תפקודי כבד וכליה, רמת שומנים בדם, ויטמין

, B12 חומצה פולית, ויטמין, D רמת הומוציסטאין בדם ותפקודי קרישה במידה ואלו לא בוצעו השנה, HIV וVDRL

#מומלץ על פעילות קוגניטיבית וחברתית מגוונת לשימור ושיפור יכולת החשיבה.

#מומלץ על פעילות גופנית אירובית, מתונה. 43 פעמים בשבוע, 4530 דקות בכל פעם.

#מעקב ואיזון ג"ס ווסקולריים לרבות איזון שומנים בדם, מעקב ואיזון לחצי דם, HBA1C

#הימנעות מעישון.

#הערכה נירואופתלמולוגית ושדות ראייה ממוחשבים

#השלמת אבחון להפרעות קשב במסגרת הקהילה

#ביקורת אחר תוצאות הבירור אצל נירולוג מטפל בקהילה

אבחנה:

• ELECTRONIC FORMS

בעיות ידועות:

• ARTERIOVENOUS MALFORMATION (10/2019)

תרופות קבועות:

LYRICA 50MG X 56 1X2X90
ELATROLET 10MG X 30 1X1X90

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

22/08/2022

חתימה וחותמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: *3555 או ל 1-700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 22/08/2022 עד תאריך - 18/02/2023



ד"ר ברנשטיין אילנית
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 03-6476111

פקס: 03-6093020

כתובת: השירה העברית 10, ראשון לציון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 201048451

שם פרטי: חן

שם משפחה: כהן

טל.עבודה/נייד: 0542215980

000000000

טלפון:

מין: ז

05/11/1989

ת.לידה:

מיקוד 5592302

הרמה 2/33, גני תקווה

כתובת:



0201048451

תמצית הביקור מתאריך 22/08/2022 בשעה 21:05

תאריך הביקור: 22/08/2022

מקור המידע	הערות
בקשות מהאתר - מענה הרופא	הי שלחתי את ההמלצות שהיו במתב כמו גם מעקב נורילוג ואולי פסיכאטר לגבי מכון רקאנטי לא מכירה את הפעילות שלו כדי לפנות אליהם עם המכתב. הטפסים הופקו לבקשתך.

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	מכון לרפואת שינה		
הפניה	בדיקות מעבדה		
הפניה	התייעצות מומחה: נירואופטלמולוגיה		
הפניה	מכון עיניים: שדה ראייה		
הפניה	בדיקות מעבדה		

002142822381



דר 'אלדר אילן

טיפול בכאב

התמחויות:

מומחה ברפואה לשיכון כאב

מומחה בהרדמה

טלפון: 03-6969455

פקס: 03-6091442

כתובת: שד' דוד המלך 1, תל אביב - יפו (קומה 2)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 201048451

שם פרטי: חן

שם משפחה: כהן

טל.עבודה/נייד: 0542215980

000000000

טלפון:

מין: ז

05/11/1989

ת.לידה:

מיקוד 5592302

הרמה 2/33, גני תקווה

כתובת:



0201048451

תמצית הביקור מתאריך 14/04/2022 בשעה 10:54

תאריך הביקור: 14/04/2022

המלצות למטופל: יפנה לאחד מהרופאים המורשים לקנביס לשם קבלת רישיון ומרשמים לפי הרישום באתר משרד הבריאות.

הקנביס מומלץ היות ונותן בדרך כלל תשובה לכאב.

יקח בחשבון שהמורשים רשאים לגבות תשלום עבור יעוצם. תשלום זה לא מכוסה על ידי הקופה כמו כן החומר עצמו.

מקור המידע	הערות
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך**הפניות , אשורים ודפי מידע**

סוג	שם /תיאור	מתאריך	עד תאריך
אישור	תשובת יועץ		

002019052361



דר 'אלדר אילן

טיפול בכאב

התמחויות:

מומחה ברפואה לשיכון כאב

מומחה בהרדמה

טלפון: 03-6969455

פקס: 03-6091442

כתובת: שד' דוד המלך 1, תל אביב - יפו (קומה 2)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 201048451

שם פרטי: חן

שם משפחה: כהן

טל.עבודה/נייד: 0542215980

000000000

טלפון:

מין: ז

05/11/1989

ת.לידה:



0201048451

מיקוד 5592302

הרמה 2/33, גני תקווה

כתובת:

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר ברנשטיין אילנית

בבדיקה שנעשתה ב: 14/04/2022

עקב: בביקור בתאריך 21/10/2021 בשעה 11:41:10

אושפז 10/2019 לאור כאבי ראש פתאומיים 2 הקאות ופוטופוביה CTA הדגים AVM בגומה אחורית. ב 04.11.2019 עבר צנתור בגישה רדיאלית. הודגמה AVM במוחון משמאל מימדי הנידוס רוחב 35 מ"מ, אורך 29 מ"מ. הזנה ע"י PICA + שמאל AICA + שמאל (הכי דומיננטי עם הזנה עיקרית לנידוס) + SUCA + שמאל. לא הודגמו מפרצות INTRI NIDAL אך הודגמה מפרצת דיסטלית בענף המיספרלי של LPICA שמימדיה עד 4.5 מ"מ במראה סאקולרי. יתכן מפרצת זעירה נוספת באותו עורק דיסטלית למפרצת הנ"ל. מראה העורק לא סדיר דיסטלית למפרצות. המפרצת אינה בסמיכות פיזית לנידוס. ניקוז ורידי דרך ורידי המוחון למערכת הניקוז השטחית לסינוס רוחבי שמאל. SpelterMartin grade 2 ללא הצרות בוריד המנקז. לסיכום. Cerebellar AVM grade 2. עבר צנתור אבחנותי Cerebellar AVM grade 2. ב 11/2019: עבר צנתור טיפולי ראשון. הזרקת ביקורת הדגימה סגירה בשיעור 10% מהנידוס. ב 12/2019: עבר צנתור טיפולי שני. הזרקת ביקורת הדגימה סגירה בשיעור 40% לפחות מהנידוס. ב 02/2020: עבר צנתור טיפולי חוזר (שלישי) מהלך הצנתור תקין וללא סיבוכים. הושגה סגירה של כ. 80% ב 01/21 צנתור טיפולי רביעי. סובל מכאבי ראש, לא מוקל לאחר משככי כאבים רגילים מרגיש חולשה פלג גוף שמאל מאז הצינטור השני בפברואר 2020 בהתקלי הכאב עז סחרחרות בחילות רגישות לאור. בטיפול ד"ר גאי רפאלי בבלינסון. לפי דיווחו הצינור לא הליח לסגור את ה SHUNT ולכן עבר הקרנות ניסה עד כה טרמדקס ורוקסט

בביקור בתאריך 13/01/2022 בשעה 11:58:06

אהלטרולט הוריד את עוצמת כאי הראש לעומתו האלטרולט הוריד גם הוא את העוצמה, אך שינה את האופי לפועם עז עד כדי חוסר תיפקוד

בביקור בתאריך 14/04/2022 בשעה 10:54:20

האלטרולט בצרופ פרבלין 50 פעמיים ביום שינה את אופי הכאב הפסיק להיות פועם אך התחזק. פעם במספר ימים. הפסיק טיפול נרגע הכאב חזר לאופי ראשוני. כעת פעם ב 10 ימים עד שבועיים. הנירוכירוג בשל הבחילות וההקאות הנלוות שוקל טיפול בקנביס.

ממצאים: בביקור בתאריך 21/10/2021 בשעה 11:41:10

מדווח בבלינסון ינואר 2021 ללא קיפוח עצבי.

• HEADACHE

אבחנה:

סיכום והמלצות: יפנה לאחד מהרופאים המורשים לקנביס לשם קבלת רישיון ומרשמים לפי הרישום באתר משרד הבריאות. הקנביס מומלץ היות ונותן בדרך כלל תשובה לכאב.

יקח בחשבון שהמורשים רשאים לגבות תשלום עברו יעוצם. תשלום זה לא מכוסה על ידי הקופה כמו כן החומר עצמו.

14/04/2022

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: נירולוגיה קוגניטיבית	מנהל/ת המרפאה: דר' ברגמן נועה מ.ר. 82277	אח/ות אחראית: אורנה מור
טלפון: 03-6973495	פקס: 03-6974872	דוא"ל: ne-c@tlvmc.gov.il

שם משפחה: כהן	שם פרטי: חן	ת.ז.: 201048451
תאריך לידה: 05/11/1989	גיל: 32	טלפון: 054-2215980
מין: זכר	מבוטח בקופה: מכבי	כתובת: משה דיין 91 חולון 5867302

נתוני ביקור - תאריך: 20/07/2022 שעה: 11:38 מספר ביקור: 41682711

אבחנות בביקור

- OTHER SIGNS AND SYMPTOMS INVOLVING EMOTIONAL STATE (799.29)

אבחנות רקע

- Arteriovenous malformation(AVM) (747.89) (Left)

תלונה עקרתית

ביקור ראשון

מחלה נוכחית

ביקור ראשון

הגיע בגפו

בן 33, רווק

מוצא צברי

15 שנות השכלה, תואר ראשון במדעי המחשב

ימני דומיננטי

יש אח עם הפרעת קשב וריכוז, תמיד חשד שגם לו יש הפרעת קשב אבל מעולם לא אובחן

היו קשיים לעיתים בלימודים

רקע רפואי - ב-2019 אובחן עם AVM צרבילרי משמאל, מולד, קליניקה של כאבי ראש ללא דימום פעיל ב-CT עבר 4 צנתורים - ראשון אבחני, 3 לאחר מכן טיפוליים (11/2019, 12/2019, 02/2020), רביעי שלא צלח, לאחר מכן הומלץ על טיפול קרינתי (השלים עד כה אחד) - במעקב בבי"ח בילינסון

סובל מכאבי ראש כרוניים, במעקב מרפאת כאב, ניסיונות טיפול בליריקה ואלטרולט ללא הטבה

שולל שימוש באלכוהול, עישון, חומרים אחרים

מאז הצנתור השלישי מלין כי מתקשה לשמור על ריכוז לאורך זמן. מאבד סבלנות במטלות ארוכות. מתקשה לקרוא טקסטים ארוכים. מתוארת מוסחות משמעותית. קושי בשליפת מילים.

משתמש באסטרטגיות פיצוי, הסביבה פחות מרגישה לדבריו למעט בת זוגתו (אז" משתחרר")

נעזר יותר ברישום. מתוארת נטייה לחזור על אמירות ושאלות.

שוכח היכן חפצים בבית.

יתקשה חלקית לשחזר מקריאה או צפייה בטלוויזיה כעבור זמן קצר.

קרה ששכח את הגז דולק. קרה ששכח לנעול את הדלת בעת שיצאה מן הבית.

קריאה וכתביה תקינות. לדבריו היו אירועים בהם היה קושי בהבנה של הנאמר לו.

תמיד התקשה בזמנים. אין קושי בתפיסה מרחבית.

מבחינה התנהגותית - מתאר את מצב רוחו כבסדר, יש רגעים שפחות נחמד לו

שולל נטייה לעצבות או חרדה

אין תיאור של מחשבות שווא או הזיות ראייה.

מבחינה תפקודית - חי עם בת זוג, אינו עובד לדבריו בגלל הקשיים בריכוז. עובד על פרויקטים של תכנות באופן עצמאי בבית מנהל את המשק הביתי ללא שינוי לעומת העבר, כאשר זוכר. פעיל מבחינה חברתית. יוצא עם בת הזוג משתדל לעשות הליכות, משקלות בבית לפעמים מרגיש לא יציב בהליכה, לא היו נפילות, היו מעידות.

שינה - מתקשה להירדם, מתקשה לישון עמוק. אין דיווח על נחירות. מהלך היום נוטה להיות עייף וישנוני. נוטה לנמנם במשך היום במצבים פאסיביים. תיאבון בא והולך לדבריו, תלוי אם נוטל סטרואידים (כעת ללא) או לאחר הקרנה.

עצמאית ברחצה, לבוש, אכילה.

מנהל את חשבון הבנק

אין קושי בתפעול מכשירי חשמל.

נוהג ברכב. אין דיווח על קשיים בנהיגה. מלין על טשטושי ראייה בעין שמאל

MRI אחרון פברואר 2021 (מיועד להדמיית ביקורת בימים הקרובים) הדגים את הממצא המוחי הידוע, ללא רושם לאטרופיה מוחית או הפרעה אחרת ברקמת המוח.

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: כן

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

Montreal Cognitive Assessment - MOCA

12:22 20/07/2022

נרשם ע"י דר' נתן טליה מ.ר. 1135290

ביצוע: כן

תפיסה מרחבית: 5

שיום: 3

קשב - חזרה: 2

קשב - 1: go no go

קשב - 3: serial 7

שפה: 2

הפשטה: 2

זכרון מושהה: 3

הערות: נזכר ב-1/5 עם רז קטגורי ו-1/5 עם רמז רב ברירה

התמצאות: 6

השכלה: יותר מ - 12 שנות לימוד

סה"כ: 27

סיכום ודיון

בן 33, ברקע AVM צרבילרי מ/א צנתורים והקרנה

מלין על קשיים בתחום הקשב והריכוז מזה מספר שנים, ככה"נ מילדות אולם במגמת החמרה מאז גילוי הממצא המוחי וההתערבות הנלווית.

אינו עובד כתוצאה מכך, למעט זאת תפקוד יומיומי מתואר כשמור.

בבדיקתו היום MOCA 27/30, שהינו בטווח התקין. נקודות ירדו על זיכרון מושהה (3/5) אולם נזכר בשאר המילים עם רמזים, ושטף (8 מילים)

MRI מוח אחרון למעט הממצא המוחי הידוע ללא פתולוגיה אחרת ברקמת המוח לרבות אטרופיה - לפי פענוח

הרושם הוא כי מדובר ככה"נ בהפרעה על ספקטום הפרעות הקשב, שהוחמרה סביב התערבויות מוחיות כמפורט, בשילוב עם כאב כרוני, הפרעת שינה וייתכן גם הפרעה אפקטיבית לא מאובחנת. הקליניקה המתוארת, גיל ההתייצגות, המהלך, ממצאי הבדיקות

סודי רפואי

שם: חן כהן	ת"ז: 201048451	ביקור: 41682711	תאריך: 20/07/2022	נירולוגיה קוגניטיבית
------------	----------------	-----------------	-------------------	----------------------

כמפורט - פחות תומכים במהלך נירודגנרטיבי.

מופנה להמשך הערכה וטיפול במכון רקאנטי.

הוסבר למטופל וניתן מענה לשאלות.

המלצות כלליות

המלצה: #ש להביא מכתב זה לרופא/ת המשפחה

#המשך מעקב נירוכירורגי והשלמת הדמיית ביקורת

#מעבדת שינה

#ביקורת פסיכיאטרית/פסיכולוגית להערכה להפרעה אפקטיבית ושקילת טיפול

#בדיקות דם: ספירת דם וספירה מבדלת, שקיעת דם, אלקטרוליטים, תפקודי כבד וכליה, רמת שומנים בדם, ויטמין B12, חומצה פולית, ויטמין D, רמת הומוציסטאין בדם ותפקודי קרישה במידה ואלו לא בוצעו השנה. HIV ו, VDRL

#מומלץ על פעילות קוגניטיבית וחברתית מגוונת לשימור ושיפור יכולת החשיבה.

#מומלץ על פעילות גופנית אירובית, מתונה. 3-4 פעמים בשבוע, 30-45 דקות בכל פעם.

#מעקב ואיזון ג"ס ווסקולריים לרבות איזון שומנים בדם, מעקב ואיזון לחצי דם, HBA1C

#הימנעות מעישון.

#הערכה נירואופתלמולוגית ושדות ראייה ממוחשבים

#השלמת אבחון להפרעות קשב במסגרת הקהילה

#ביקורת אחר תוצאות הבירור אצל נירולוג מטפל בקהילה

#מופנה להמשך הערכה במכון רקאנטי

נחתם ע"י: דר' נתן טליה מ.ר. 1135290

חתימה: _____

מטריקס אי.טי מערכות בע"מ, אבא אבן 3 הרצליה 46120
 תיק ניכויים: 939205852 חברה: 520036039
 מחלקה: 1410200 היי-טק
 תלוש שכר לחודש: ינואר 2020

נאמן למקור

ריכוז הנתונים בתלוש שכר זה

פרטים	הסכום בש"ח
סך-כל התשלומים	13,439.56
ניכויי חובה-מסים	2,257.00
קופות גמל בהסכם	891.85
שכר נטו	10,290.71
נטו לתשלום	10,290.71

פרטי חשבון הבנק

מספר חשבון	סניף	בנק
54167150	654	17

כהן חן 12433
 צבי שפירא 8
 ראשון לציון 7528434
 - 00
 1410200 3942

מרכיבי השכר

תיאור	יחידות	סכום
שכר ייסוד		15,000.00
סה"כ מרכיבי השכר		15,000.00

תעריפים

תיאור	סכום
משכורת	15,000.00
שעה	82.42

נתונים נוספים

נתונים אישיים
מספר זהות 201048451
מצב משפחתי רווק
קופת-חולים מכבי
ארגון עובדים לא חבר
ביטוח לאומי רגיל
מס הכנסה מס חודשי מצטבר
נתוני העסקה
התחלת עבודה 21/07/2019
הסכם גלובלי- חוזה מטריקס
מעמד גלובלי
אחוז משרה 100.00%
שעות שבועיות 44.5 ש.שבועי 182
נתונים חודשיים
ברוטו למס הכנסה 13,440
ית.זכאות ל- 317
ית.זכאות ל- 445 144
אחוז מס שולי 20%
נקודות זיכוי 2.25
ברוטו לב.לאומי 13,440
הפ.ביטוח לאומי 765

סכומים מצטברים לשנת המס

ברוטו רגיל 13,440
מס רגיל 1,182
הכנסה לא מבוטחת 2,889
ניכוי לסעיף 45א 35% 633
ערך נקודות זיכוי 493
הכנסה חייבת במס 13,440
שכר חייב ב.ל. 13,440

יחידות מס

ס"ה	01	25
25		

פרוט התשלומים

סמל	תיאור	למידע	תעריף	אחוז	כמות	סכום לתשלום
שכר עבודה						
001	משכורת	12,490.00			100.00	
097	ש"נ גלובלי	2,250.00				
	סה"כ שכר עבודה	14,740.00				
תשלומים בגין שעות נוספות ומאמץ מיוחד						
153	מחלה שלילית	-2,060.44	82.42	-100.00	25.00	
	סה"כ תשלומים בגין שעות נוספות ומאמץ מיוחד	-2,060.44				
תשלומים בגין הוצאות						
026	נסיעות ברוטו	500.00				
037	הבראה	260.00				
	סה"כ תשלומים בגין הוצאות	760.00				
מידע נוסף						
1400	שעות עבודה	108.85				
	סה"כ מידע נוסף					
	סה"כ תשלומים	13,439.56				

ניכויי חובה - מסים

מס הכנסה	ביטוח לאומי	הפרשי ב.לאומי	ביטוח בריאות	הפרשי ב.בריאות	סה"כ ניכויי חובה
1,182.00	523.00	552.00			2,257.00

ניכויים והפרשות לקופות גמל

קופה	שם	סוג הקופה	מספר חשבון	סכום בסיס	הפרשת מעסיק	סכום הניכוי
קופות גמל בהסכם						
232	מנורה ביטוח מנה	קצבה שכיר-תג.		10,551.00	580.31	633.06
232	מנורה ביטוח מנה	פיצויים		10,551.00	878.90	
305	א.כ.ע מנורה	א.כ.ע עבודה		10,551.00	105.51	
510	אלטשולר קהש	קרן השתלמות		10,351.65	776.37	258.79
	סה"כ קופות גמל בהסכם				2,341.09	891.85
	סה"כ ניכויים והפרשות לקופות גמל				2,341.09	891.85

נתונים מצטברים של קופות גמל וקרן השתלמות

פרטים	שכר בסיס	הפרשה	שווי	אחוז הפרשה
קרן השתלמות	10,351.65	776.37		7.50
תגמולים לקצבה	10,551.00	580.31		5.50

היעדרויות

פרטים	מכסה שנתית	יתרה קודמת	זיכוי החודש	ניצול החודש	זיכוי מצטבר	ניצול מצטבר	יתרה חדשה
חופשה בשעות	144.00	9.48	12.00	8.50	76.70	63.72	12.98
מחלה בשעות	162.00	-51.72	38.50	71.50	111.28	196.00	-84.72

תלוש שכר לחודש ינואר 2020
כהן חן 12433

פרוט נקודות זיכוי

תושב ישראל 2.25

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

התקופה בעדה בוצע ניתוח נוכחות: מ-01/12/19 עד 31/12/19
בתקופת ניתוח הנוכחות 23 ימי עבודה שבהם 205.00 שעות עבודה
בתקופת ניתוח הנוכחות 14 ימי עבודה בפועל
ותק אצל המעסיק 7 חודשים
שכר לקצבה 10,551 שכר לביטוח אובדן כושר עבודה 10,551
שכר לקרן השתלמות 10,352
סך כל הניכויים: 3,148.85 ש"ח
שכר מינימום: לחודש 5300.00 לשעה 28.49

הודעה לעובד

שעות העבודה מתייחסות לחודש קודם
*
סוכנות הביטוח המטפלת בתיק שלך: מבטח סיימון
מצ"ב פרטי ההתקשרות עמם:
mvs@mvs.co.il / 03-7966060

מטריקס אי.טי מערכות בע"מ, אבא אבן 3 הרצליה 46120
 תיק ניכויים: 939205852 חברה: 520036039
 מחלקה: 1414100 בנקים ps
 תלוש שכר לחודש: פברואר 2020

נאמן למקור

ריכוז הנתונים בתלוש שכר זה

פרטים	הסכום בש"ח
סך-כל התשלומים	13,027.47
ניכויי חובה-מסים	2,124.00
קופות גמל בהסכם	883.61
שכר נטו	10,019.86
נטו לתשלום	10,019.86

פרטי חשבון הבנק

מספר חשבון	סניף	בנק
54167150	654	17

כהן חן 12433
 צבי שפירא 8
 ראשון לציון 7528434
 - 00
 1414100 3942

מרכיבי השכר

תיאור	יחידות	סכום
שכר ייסוד		15,000.00
סה"כ מרכיבי השכר		15,000.00

תעריפים

תיאור	סכום
משכורת	15,000.00
שעה	82.42

נתונים נוספים

נתונים אישיים
מספר זהות 201048451
מצב משפחתי רווק
קופת-חולים מכבי
ארגון עובדים לא חבר
ביטוח לאומי רגיל
מס הכנסה מס חודשי מצטבר
נתוני העסקה
התחלת עבודה 21/07/2019
הסכם גלובלי- חוזה מטריקס
מעמד גלובלי
אחוז משרה 100.00%
שעות שבועיות 44.5 ש.שבועי 182
נתונים חודשיים
ברוטו למס הכנסה 13,027
ית.זכאות ל- 47 590
ית.זכאות ל- 45 268
אחוז מס שולי 20%
נקודות זיכוי 2.25
ברוטו לב.לאומי 13,027
הפ.ביטוח לאומי 734

סכומים מצטברים לשנת המס

ברוטו רגיל	26,467
מס רגיל	2,281
הכנסה לא מבוטחת	5,365
ניכוי לסעיף 45 35%	1,266
ערך נקודות זיכוי	986
הכנסה חייבת במס	26,467
שכר חייב ב.ל.	26,467

יחידות מס

ס"ה	01	02
50	25	25

פרוט התשלומים

סמל	תיאור	למידע	תעריף	אחוז	כמות	סכום לתשלום
שכר עבודה						
001	משכורת	12,490.00			100.00	
097	ש"נ גלובלי	2,250.00				
	סה"כ שכר עבודה	14,740.00				
תשלומים בגין שעות נוספות ומאמץ מיוחד						
153	מחלה שלילית	-2,472.53	82.42	-100.00	30.00	
	סה"כ תשלומים בגין שעות נוספות ומאמץ מיוחד	-2,472.53				
תשלומים בגין הוצאות						
026	נסיעות ברוטו	500.00				
037	הבראה	260.00				
	סה"כ תשלומים בגין הוצאות	760.00				
מידע נוסף						
1400	שעות עבודה	187.64				
	סה"כ מידע נוסף	187.64				
	סה"כ תשלומים	13,027.47				

ניכויי חובה - מסים

מס הכנסה	ביטוח לאומי	הפרשי ב.לאומי	ביטוח בריאות	הפרשי ב.בריאות	סה"כ ניכויי חובה
1,099.00	494.00	531.00			2,124.00

ניכויים והפרשות לקופות גמל

קופה	שם	סוג הקופה	מספר חשבון	סכום בסיס	הפרשת מעסיק	סכום הניכוי
קופות גמל בהסכם						
232	מנורה ביטוח מנה	קצבה שכיר-תג.		10,551.00	580.31	633.06
232	מנורה ביטוח מנה	פיצויים		10,551.00	878.90	
305	א.כ.ע מנורה	א.כושר עבודה		10,551.00	105.51	
510	אלטשולר קהש	קרן השתלמות		10,021.98	751.65	250.55
	סה"כ קופות גמל בהסכם				2,316.37	883.61
	סה"כ ניכויים והפרשות לקופות גמל				2,316.37	883.61

נתונים מצטברים של קופות גמל וקרן השתלמות

פרטים	שכר בסיס	הפרשה	שווי	אחוז הפרשה
קרן השתלמות	20,373.63	1,528.02		7.50
תגמולים לקצבה	21,102.00	1,160.62		5.50

היעדרויות

פרטים	מכסה שנתית	יתרה קודמת	זיכוי החודש	ניצול החודש	זיכוי מצטבר	ניצול מצטבר	יתרה חדשה
חופשה בשעות	144.00	12.98	12.00	9.00	88.70	72.72	15.98
מחלה בשעות	162.00	-84.72	43.50		154.78	196.00	-41.22

פרוט נקודות זיכוי

תושב ישראל 2.25

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

התקופה בעדה בוצע ניתוח נוכחות: מ-01/01/20 עד 31/01/20
 בתקופת ניתוח הנוכחות 22 ימי עבודה שבהם 195.50 שעות עבודה
 בתקופת ניתוח הנוכחות 21 ימי עבודה בפועל
 ותק אצל המעסיק 8 חודשים
 שכר לקצבה 10,551 שכר לביטוח אובדן כושר עבודה 10,551
 שכר לקרן השתלמות 10,022
 סך כל הניכויים: 3,007.61 ש"ח
 שכר מינימום: לחודש 5300.00 לשעה 28.49

הודעה לעובד

שעות העבודה מתייחסות לחודש קודם
 *
 סוכנות הביטוח המטפלת בתיק שלך: מבטח סיימון
 מצ"ב פרטי ההתקשרות עמם:
 mvs@mvs.co.il / 03-7966060

ריכוז הנתונים בתלוש שכר זה

פרטים	סכום בש"ח
סה"כ תשלומים	13,271.23
ניכויי חובה מיסים	3,524.96
ניכויים קופות גמל	27.27
שכר נטו	9,719.00
ניכויים שונים	
נטו לתשלום	9,719.00

פרטי חשבון הבנק

מספר חשבון	סניף	בנק
29835	654	17

תעריפים

תאור	סכום בש"ח
תעריף יום	454.55
תעריף שעה	54.95
שכר בסיס	10,000.00

נתונים נוספים אחרים

נתונים אישיים	מספר עובד
מספר זהות	20104845/1
מצב משפחתי	רווק
תאריך לידה	05/11/1989
ילדים עד גיל 19	
שם האב	אייל
קופת חולים	מכבי
נתוני העסקה	מספר עובד
מספר עבודה	30/05/2018
הפסקת עבודה	03/03/2019
קוד ביטוח לאומי	1
אחוז משרה	100.00
נתונים חודשיים	מספר עובד
ותק	.76
נקודות זיכוי	2.25
אחוז מס שולי	31.00

נתונים מצטברים

פרטים	סכום בש"ח
ברוטו למס הכנסה	32,479
ברוטו לביטוח לאומי	29,693
ניכוי למס הכנסה	3,674
ניכוי לביטוח לאומי	858
בטוח בריאות	1,133
ערך נקודות זיכוי	1,020
ניכוי לסעיף-א45 35%	1,130

יחידות מס

סדר	1	2	3	4	5	6
סה"כ	25	25	2			
סה"כ	7	8	9	10	11	12
	52					

פרטי מעסיק

תיק ניכויים	935512244
חברה	512714965
כתובת מעסיק	58184 ת.ד.
תל אביב	61580

פרוט התשלומים

סמל	תאור	קוד	כמות	תעריף	סכום נטו	לא לתשלום	סכום בש"ח
1	משכורת	1.00	454.55	454.55			454.55
27	פד' חופש לעוזב	3.13	454.55				1,422.74
32	פיצויים חייבים	ג	3.00				1,363.65
33	חלף הודעה מוק'	ג	22.00				10,000.00
	סה"כ תשלומים בגין משרה						13,240.94
	תשלומים בגין שעות נוספות/תשלום מיוחד						
4	ש.ג. 125%	.30	68.69	20.61			20.61
	סה"כ תשלומים בגין ש.ג. /תשלום מיוחד						20.61
	תשלומים בגין הוצאות						
15	נסיעות	ק	1.00	213.00	9.68		9.68
	סה"כ תשלומים בגין הוצאות						9.68
	סה"כ תשלומים						13,271.23

ניכויי חובה/קופות גמל

סמל	תאור	מספר חשבון	ברוטו	הפרשת מעסיק	סכום הניכוי
	ניכויי חובה-מיסים				
	מס הכנסה		13,271.23		2,790.96
	בטוח לאומי		10,484.84	547.32	327.00
	בטוח בריאות				407.00
	סה"כ ניכויי חובה				3,524.96
	ניכויים והפרשות לקופות גמל				
18	מנורה חב' לבטוח	501300891	454.55	67.41	27.27
	סה"כ קופות גמל				27.27
	סה"כ ניכויים				3,552.23

נתוני העדרויות

תאור	מכסה שנתית	יתרה קודמת	תוספת חודשית	ניצול החודש	ניצול מצטבר	יתרה
חופשה	12	3.08	.05	3.13	4.13	9.21
מחלה	18	9.14	.07		3.00	2.11
הבראה	5	2.09	.02			

נתונים מצטברים של קופות גמל וקרן השתלמות לשנת המס הנוכחית

סוג הקופה	שכר בסיס	ניכוי עובד	הפרשת מעסיק	אחוז	שווי
קיצבה	18,829	1,130	1,224	6.50	
פיצויים	18,829		1,569	8.33	

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

התקופה בעדה בוצע ניתוח נוכחות: מ-01/03/2019 עד 31/03/2019
התקן בחודש הקלנדרי 1.00 ימי עבודה שבהם 9.00 שעות עבודה
בתקופת ניתוח הנוכחות 1.00 ימי עבודה בפועל שבהם 9.30 שעות עבודה בפועל
שכר מינימום: לחודש 5,300.00 לשעה 28.49

מטריקס אי.טי מערכות בע"מ, אבא אבן 3 הרצליה 46120
תיק ניכויים: 939205852 חברה: 520036039
מחלקה: 1414100 בנקים ps
תלוש שכר לחודש: מרץ 2020

כהן חן 12433
צבי שפירא 8
ראשון לציון 7528434
- 00
1414100 3942

נאמן למקור

ריכוז הנתונים בתלוש שכר זה

פרטים	הסכום בש"ח
סך-כל התשלומים	1,425.44
ניכויי חובה-מסים	-419.00
קופות גמל בהסכם	77.72
שכר נטו	1,766.72
נטו לתשלום	1,766.72

פרטי חשבון הבנק

מספר חשבון	סניף	בנק
54167150	654	17

מרכיבי השכר

תיאור	יחידות	סכום
שכר ייסוד		15,000.00
סה"כ מרכיבי השכר		15,000.00

תעריפים

תיאור	סכום
משכורת	15,000.00
שעה	82.42

נתונים נוספים

נתונים אישיים
מספר זהות 201048451
מצב משפחתי רווק
קופת-חולים מכבי
ארגון עובדים לא חבר
ביטוח לאומי רגיל
מס הכנסה מס חודשי מצטבר
נתוני העסקה
התחלת עבודה 21/07/2019
הסכם גלובלי- חוזה מטריקס
מעמד גלובלי
אחוז משרה 100.00%
חלקיות 56.52%
שעות שבועיות 44.5 ש.שבועי 182
נתונים חודשיים
ברוטו למס הכנסה 1,425
ית.זכאות ל- 47 646
ית.זכאות ל- 445 513
אחוז מס שולי 20%
נקודות זיכוי 2.25
ברוטו לב לאומי 1,425
הפ.ביטוח לאומי 51

סכומים מצטברים לשנת המס

ברוטו רגיל 27,892
מס רגיל 1,812
הכנסה לא מבוטחת 5,876
ניכוי לסעיף 445 35% 1,321
ערך נקודות זיכוי 1,261
הכנסה חייבת במס 27,892
שכר חייב ב.ל. 27,892

יחידות מס

ס"ה	01	02	03
64	25	25	14

פרוט התשלומים

סמל	תיאור	למידע	תעריף	אחוז	כמות	סכום לתשלום
שכר עבודה						
001	משכורת				100.00	7,059.35
097	ש"נ גלובלי					1,271.70
	סה"כ שכר עבודה					8,331.05
תשלומים בגין שעות נוספות ומאמץ מיוחד						
153	מחלה שלילית		82.42	-100.00	89.00	-7,335.16
	סה"כ תשלומים בגין שעות נוספות ומאמץ מיוחד					-7,335.16
תשלומים בגין הוצאות						
026	נסיעות ברוטו					282.60
037	הבראה					146.95
	סה"כ תשלומים בגין הוצאות					429.55
מידע נוסף						
1400	שעות עבודה					107.24
	סה"כ מידע נוסף					
	סה"כ תשלומים					1,425.44

ניכויי חובה - מסים

מס הכנסה	ביטוח לאומי	הפרשי ב.לאומי	ביטוח בריאות	הפרשי ב.בריאות	סה"כ ניכויי חובה
-469.00	6.00		44.00		-419.00

ניכויים והפרשות לקופות גמל

קופה	שם	סוג הקופה	מספר חשבון	סכום בסיס	הפרשת מעסיק	סכום הניכוי
קופות גמל בהסכם						
232	מנורה ביטוח מנה	קצבה שכיר-תג.		914.27	50.28	54.86
232	מנורה ביטוח מנה	פיצויים		914.27	76.16	
305	א.כ.ע מנורה	א.כ.ע עבודה		914.27	9.14	
510	אלטשולר קהש	קרן השתלמות		914.27	68.57	22.86
	סה"כ קופות גמל בהסכם				204.15	77.72
	סה"כ ניכויים והפרשות לקופות גמל					204.15

נתונים מצטברים של קופות גמל וקרן השתלמות

פרטים	שכר בסיס	הפרשה	שווי	אחוז הפרשה
קרן השתלמות	21,287.90	1,596.59		7.50
תגמולים לקצבה	22,016.27	1,210.90		5.50

היעדרויות

פרטים	מכסה שנתית	יתרה קודמת	זיכוי החודש	ניצול החודש	זיכוי מצטבר	ניצול מצטבר	יתרה חדשה
חופשה בשעות	144.00	15.98	6.78	9.00	95.48	81.72	13.76
מחלה בשעות	162.00	-41.22	96.63	62.00	251.41	258.00	-6.59

תלוש שכר לחודש מרץ 2020
כהן חן 12433

נאמן למקור

פרוט נקודות זיכוי

תושב ישראל 2.25

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

התקופה בעדה בוצע ניתוח נוכחות: מ-01/02/20 עד 29/02/20
בתקופת ניתוח הנוכחות 20 ימי עבודה שבהם 178.00 שעות עבודה
בתקופת ניתוח הנוכחות 12 ימי עבודה בפועל
ותק אצל המעסיק 9 חודשים
שכר לקצבה 914 שכר לביטוח אובדן כושר עבודה 914
שכר לקרן השתלמות 914
סך כל הניכויים: 341.28 - ש"ח
שכר מינימום: לחודש 5300.00 לשעה 28.49

הודעה לעובד

שעות העבודה מתייחסות לחודש קודם
*
סוכנות הביטוח המטפלת בתיק שלך: מבטח סיימון
מצ"ב פרטי ההתקשרות עמם:
mvs@mvs.co.il / 03-7966060

מטריקס אי.טי מערכות בע"מ, אבא אבן 3 הרצליה 46120
 תיק ניכויים: 939205852 חברה: 520036039
 מחלקה: 1414100 בנקים ps
 תלוש שכר לחודש: אפריל 2020

כהן חן 12433
 צבי שפירא 8
 ראשון לציון 7528434
 - 00
 1414100 3942

נאמן למקור

ריכוז הנתונים בתלוש שכר זה

פרטים	הסכום בש"ח
סך-כל התשלומים	6,772.91
ניכויי חובה-מסים	959.00
קופות גמל בהסכם	410.63
שכר נטו	5,403.28
ניכויי התחייבות	351.00
נטו לתשלום	5,052.28

פרטי חשבון הבנק

מספר חשבון	סניף	בנק
54167150	654	17

מרכיבי השכר

תיאור	יחידות	סכום
שכר ייסוד		15,000.00
סה"כ מרכיבי השכר		15,000.00

תעריפים

תיאור	סכום
משכורת	15,000.00
שעה	82.42

נתונים נוספים

נתונים אישיים	מספר זהות
מספר זהות	201048451
מצב משפחתי	רווק
קופת-חולים	מכבי
ארגון עובדים	לא חבר
ביטוח לאומי	רגיל
מס הכנסה	מס חודשי מצטבר
נתוני העסקה	התחלת עבודה
התחלת עבודה	21/07/2019
הסכם	גלובלי- חוזה מטריקס
מעמד	גלובלי
אחוז משרה	100.00%
חלקיות	45.45%
עזיבה	30/04/2020
שעות שבועיות	44.5 ש.ש. 182
נתונים חודשיים	ברוטו למס הכנסה
ברוטו למס הכנסה	6,773
ית. זכאות ל- 47	390
ית. זכאות ל- 45א	237
אחוז מס שולי	20%
נקודות זיכוי	2.25
ברוטו לב. לאומי	6,773
הפ. ביטוח לאומי	258

סכומים מצטברים לשנת המס

ברוטו רגיל	34,158
נטו לגילום	351
גילום מס	101
גילום ב.ל.	55
מס רגיל	2,396
הכנסה לא מבוטחת	7,818
ניכוי לסעיף 45א 35%	1,611
ערך נקודות זיכוי	1,478
הכנסה חייבת במס	34,665
שכר חייב ב.ל.	34,665

פרוט התשלומים

סמל	תיאור	למידע	תעריף	אחוז	כמות	סכום לתשלום
שכר עבודה						
001	משכורת				100.00	5,676.71
097	ש"נ גלובלי					1,022.63
	סה"כ שכר עבודה					6,699.34
תשלומים בגין שעות נוספות ומאמץ מיוחד						
153	מחלה שלילית		82.42	-100.00	9.45	-778.85
	סה"כ תשלומים בגין שעות נוספות ומאמץ מיוחד					-778.85
תשלומים בגין הוצאות						
026	נסיעות ברוטו					227.25
037	הבראה					118.17
	סה"כ תשלומים בגין הוצאות					345.42
תשלומים אחרים						
122	תשל' מתנה מגולם	351.00				351.00
497	גילום תשלומי נט					156.00
	סה"כ תשלומים אחרים					507.00
מידע נוסף						
1400	שעות עבודה				96.08	
	סה"כ מידע נוסף					96.08
	סה"כ תשלומים					6,772.91

ניכויי חובה - מסים

מס הכנסה	ביטוח לאומי	הפרשי ב.לאומי	ביטוח בריאות	הפרשי ב.בריאות	סה"כ ניכויי חובה
685.00	56.00		218.00		959.00

ניכויים והפרשות לקופות גמל

קופה	שם	סוג הקופה	מספר חשבון	סכום בסיס	הפרשת מעסיק	סכום הניכוי
קופות גמל בהסכם						
232	מנורה ביטוח מנה	קצבה שכיר-תג.		4,830.92	265.70	289.86
232	מנורה ביטוח מנה	פיצויים		4,830.92	402.42	
305	א.כ.ע מנורה	א.כושר עבודה		4,830.92	48.31	
510	אלטשולר קהש	קרן השתלמות		4,830.92	362.32	120.77
	סה"כ קופות גמל בהסכם				1,078.75	410.63
	סה"כ ניכויים והפרשות לקופות גמל				1,078.75	410.63

ניכויי התחייבות

סמל	תיאור הניכוי	כמות	מתאריך	תקופה/מספר פעמים	יתרה	מצטבר	סימוכין	סכום הניכוי
646	עובד מתנה							351.00
	סה"כ ניכויי התחייבות							351.00

תלוש שכר לחודש אפריל 2020
כהן חן 12433

יחידות מס

01	02	03	04	ס"ח
25	25	14	11	75

פרוט נקודות זיכוי

תושב ישראל	2.25
------------	------

נתונים מצטברים של קופות גמל וקרן השתלמות

פרטים	שכר בסיס	הפרשה	שווי	אחוז הפרשה
קרן השתלמות	26,118.82	1,958.91		7.50
תגמולים לקצבה	26,847.19	1,476.60		5.50

היעדרויות

פרטים	מכסה שנתית	יתרה קודמת	זיכוי החודש	ניצול החודש	זיכוי מצטבר	ניצול מצטבר	יתרה חדשה
חופשה בשעות	144.00	13.76	3.22		98.70	81.72	16.98
מחלה בשעות	162.00	-6.59	15.59	9.00	267.00	267.00	

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

התקופה בעדה בוצע ניתוח נוכחות: מ-01/03/20 עד 31/03/20
בתקופת ניתוח הנוכחות 12 ימי עבודה שבהם 107.00 שעות עבודה
בתקופת ניתוח הנוכחות 11 ימי עבודה בפועל
ותק אצל המעסיק 10 חודשים
שכר לקצבה 4,831 שכר לביטוח אובדן כושר עבודה 4,831
שכר לקרן השתלמות 4,831
סך כל הניכויים: 1,720.63 ש"ח
שכר מינימום: לחודש 5300.00 לשעה 28.49

הודעה לעובד

שעות העבודה מתייחסות לחודש קודם
*
סוכנות הביטוח המטפלת בתיק שלך: מבטח סיימון
מצ"ב פרטי ההתקשרות עם:
mvs@mvs.co.il / 03-7966060

מטריקס אי.טי מערכות בע"מ, אבא אבן 3 הרצליה 46120
תיק ניכויים: 939205852 חברה: 520036039
מחלקה: 1410200 היי-טק
תלוש שכר לחודש: יולי 2019

נאמן למקור

ריכוז הנתונים בתלוש שכר זה

פרטים	הסכום בש"ח
סך-כל התשלומים	6,065.16
ניכויי חובה-מסים	939.00
שכר נטו	5,126.16
נטו לתשלום	5,126.16

פרטי חשבון הבנק

מספר חשבון	סניף	בנק
54167150	654	17

כהן חן 12433
צבי שפירא 8
ראשון לציון 7528434
- 00
1410200 3942

מרכיבי השכר

תיאור	יחידות	סכום
שכר ייסוד		15,000.00
סה"כ מרכיבי השכר		15,000.00

תעריפים

תיאור	סכום
משכורת	15,000.00
שעה	82.42

נתונים נוספים

נתונים אישיים
מספר זהות 201048451
מצב משפחתי רווק
ביטוח לאומי רגיל
מס הכנסה מס חודשי מצטבר
נתוני העסקה
התחלת עבודה 21/07/2019
הסכם גלובלי- חוזה מטריקס
מעמד גלובלי
אחוז משרה 100.00%
חלקיות 39.13%
שעות שבועיות 44.5 ש.שבועי 182
נתונים חודשיים
ברוטו למס הכנסה 6,065
ית.זכאות ל- 47 176
ית.זכאות ל- 445 246
אחוז מס שולי 31%
נקודות זיכוי 2.25
ברוטו לב.לאומי 6,065
הפ.ביטוח לאומי 215

סכומים מצטברים לשנת המס

ברוטו רגיל 6,065
מס רגיל 727
הכנסה לא מבוטחת 6,065
ערך נקודות זיכוי 196
הכנסה חייבת במס 6,065
שכר חייב ב.ל. 6,065

יחידות מס

01	02	03	04	05	06
07	ס"ה				
10	10				

פרוט התשלומים

סמל	תיאור	למידע	תעריף	אחוז	כמות	סכום לתשלום
שכר עבודה						
001	משכורת				100.00	4,887.34
097	ש"נ גלובלי					880.43
סה"כ שכר עבודה						
תשלומים בגין הוצאות						
026	נסיעות ברוטו					195.65
037	הבראה					101.74
סה"כ תשלומים בגין הוצאות						
סה"כ תשלומים						
6,065.16						

ניכויי חובה - מסים

מס הכנסה	ביטוח לאומי	הפרשי ב.לאומי	ביטוח בריאות	הפרשי ב.בריאות	סה"כ ניכויי חובה
727.00	24.00	188.00			939.00

היעדרויות

פרטים	מכסה שנתית	יתרה קודמת	זיכוי החודש	ניצול החודש	זיכוי מצטבר	ניצול מצטבר	יתרה חדשה
חופשה	144.00		4.70		4.70		4.70
מחלה	162.00		5.28		5.28		5.28

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

ותק אצל המעסיק 1 חודשים
סך כל הניכויים: 939.00 ש"ח
שכר מינימום: לחודש 5300.00 לשעה 28.49

הודעה לעובד

* סוכנות הביטוח המטפלת בתיק שלך : מבטח סיימון מצ"ב פרטי ההתקשרות עמם : mvs@mvs.co.il / 03-7966060
--

תלוש שכר לחודש יולי 2019
כהן חן 12433

נאמן למקור

פרוט נקודות זיכוי

תושב ישראל 2.25

מטריקס אי.טי מערכות בע"מ, אבא אבן 3 הרצליה 46120
תיק ניכויים: 939205852 חברה: 520036039
מחלקה: 1410200 היי-טק
תלוש שכר לחודש: אוגוסט 2019

נאמן למקור

ריכוז הנתונים בתלוש שכר זה

פרטים	הסכום בש"ח
סך-כל התשלומים	15,500.00
ניכויי חובה-מסים	2,954.00
קופות גמל בהסכם	1,419.13
שכר נטו	11,126.87
נטו לתשלום	11,126.87

פרטי חשבון הבנק

מספר חשבון	סניף	בנק
54167150	654	17

כהן חן 12433
צבי שפירא 8
ראשון לציון 7528434
- 00
1410200 3942

מרכיבי השכר

תיאור	יחידות	סכום
שכר ייסוד		15,000.00
סה"כ מרכיבי השכר		15,000.00

תעריפים

תיאור	סכום
משכורת	15,000.00
שעה	82.42

נתונים נוספים

נתונים אישיים
מספר זהות 201048451
מצב משפחתי רווק
ביטוח לאומי רגיל
מס חודשי מצטבר מס הכנסה
נתוני העסקה 21/07/2019
התחלת עבודה
הסכם גלובלי- חוזה מטריקס
מעמד גלובלי
אחוז משרה 100.00%
שעות שבועיות 44.5 ש.שבועי 182
נתונים חודשיים
ברוטו למס הכנסה 15,500
ית.זכאות ל- 47 243
אחוז מס שולי 31%
נקודות זיכוי 2.25
ברוטו לב.לאומי 15,500
הפ.ביטוח לאומי 928

סכומים מצטברים לשנת המס

ברוטו רגיל 21,565
מס רגיל 2,345
הכנסה לא מבוטחת 4,870
ניכוי לסעיף 445 35% 1,002
ערך נקודות זיכוי 687
הכנסה חייבת במס 21,565
שכר חייב ב.ל. 21,565

יחידות מס

01	02	03	04	05	06
07	08				
10	25				
ס"ה	35				

פרוט התשלומים

סמל	תיאור	למידע	תעריף	אחוז	כמות	סכום לתשלום
שכר עבודה						
001	משכורת				100.00	12,490.00
097	ש"נ גלובלי					2,250.00
סה"כ שכר עבודה						
14,740.00						
תשלומים בגין הוצאות						
026	נסיעות ברוטו					500.00
037	הבראה					260.00
סה"כ תשלומים בגין הוצאות						
760.00						
מידע נוסף						
1400	שעות עבודה					77.23
סה"כ מידע נוסף						
15,500.00						
סה"כ תשלומים						

ניכויי חובה - מסים

מס הכנסה	ביטוח לאומי	הפרשי ב.לאומי	ביטוח בריאות	הפרשי ב.בריאות	סה"כ ניכויי חובה
1,618.00	678.00	658.00			2,954.00

ניכויים והפרשות לקופות גמל

קופה	שם	סוג הקופה	מספר חשבון	סכום בסיס	הפרשת מעסיק	סכום הניכוי
קופות גמל בהסכם						
232	מנורה ביטוח מנה	קצבה שכיר-תג.		12,000.00	660.00	720.00
232	מנורה ביטוח מנה	קצבה שכיר-תג. 07/19		4,695.60	258.26	281.74
232	מנורה ביטוח מנה	פיצויים		12,000.00	999.60	
232	מנורה ביטוח מנה	פיצויים 07/19		4,695.60	391.14	
305	א.כ.ע מנורה	א.כ.ע עבודה		12,000.00	120.00	
305	א.כ.ע מנורה	א.כ.ע עבודה 07/19		4,695.60	46.96	
510	אלטשולר קהש	קרן השתלמות		12,000.00	900.00	300.00
510	אלטשולר קהש	קרן השתלמות 07/19		4,695.60	352.17	117.39
סה"כ קופות גמל בהסכם						
1,419.13						
סה"כ ניכויים והפרשות לקופות גמל						
1,419.13						

נתונים מצטברים של קופות גמל וקרן השתלמות

פרטים	שכר בסיס	הפרשה	שווי	אחוז הפרשה
קרן השתלמות	16,695.60	1,252.17		7.50
תגמולים לקצבה	16,695.60	918.26		5.50

היעדרויות

פרטים	מכסה שנתי	יתרה קודמת	זיכוי החודש	ניצול החודש	זיכוי מצטבר	ניצול מצטבר	יתרה חדשה
חופשה	144.00	4.70	12.00		16.70		16.70
מחלה	162.00	5.28	13.50		18.78		18.78

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

פרוט נקודות זיכוי

תושב ישראל 2.25

התקופה בעדה בוצע ניתוח נוכחות: מ-21/07/19 עד 31/07/19
בתקופת ניתוח הנוכחות 9 ימי עבודה שבהם 80.50 שעות עבודה
בתקופת ניתוח הנוכחות 9 ימי עבודה בפועל
ותק אצל המעסיק 2 חודשים
שכר לקצבה 12,000 שכר לביטוח אובדן כושר עבודה 12,000
שכר לקרן השתלמות 12,000
סך כל הניכויים: 4,373.13 ש"ח
שכר מינימום: לחודש 5300.00 לשעה 28.49

הודעה לעובד

שעות העבודה מתייחסות לחודש קודם
*
סוכנות הביטוח המטפלת בתיק שלך: מבטח סיימון
מצ"ב פרטי ההתקשרות עמם:
mvs@mvs.co.il / 03-7966060

מטריקס אי.טי מערכות בע"מ, אבא אבן 3 הרצליה 46120
תיק ניכויים: 939205852 חברה: 520036039
מחלקה: 1410200 היי-טק
תלוש שכר לחודש: ספטמבר 2019

כהן חן 12433
צבי שפירא 8
ראשון לציון 7528434
- 00
1410200 3942

ריכוז הנתונים בתלוש שכר זה

פרטים	הסכום בש"ח
סך-כל התשלומים	15,500.00
ניכויי חובה-מסים	3,042.00
קופות גמל בהסכם	1,020.00
שכר נטו	11,438.00
נטו לתשלום	11,438.00

נאמן למקור

פרטי חשבון הבנק

מספר חשבון	סניף	בנק
54167150	654	17

מרכיבי השכר

תיאור	יחידות	סכום
שכר ייסוד		15,000.00
סה"כ מרכיבי השכר		15,000.00

תעריפים

תיאור	סכום
משכורת	15,000.00
שעה	82.42

נתונים נוספים

נתונים אישיים	
מספר זהות	201048451
מצב משפחתי	רווק
ביטוח לאומי	רגיל
מס הכנסה	מס חודשי מצטבר
נתוני העסקה	
התחלת עבודה	21/07/2019
הסכם	גלובלי- חוזה מטריקס
מעמד	גלובלי
אחוז משרה	100.00%
שעות שבועיות	44.5 ש.שבועי 182
נתונים חודשיים	
ברוטו למס הכנסה	15,500
ית.זכאות ל- 47	418
אחוז מס שולי	31%
נקודות זיכוי	2.25
ברוטו לב.לאומי	15,500
הפ.ביטוח לאומי	928

סכומים מצטברים לשנת המס

ברוטו רגיל	37,065
מס רגיל	4,051
הכנסה לא מבוטחת	8,370
ניכוי לסעיף 4א5 35%	1,722
ערך נקודות זיכוי	1,177
הכנסה חייבת במס	37,065
שכר חייב ב.ל.	37,065

יחידות מס

	01	02	03	04	05	06
ס"ה						
60						

פרוט התשלומים

סמל	תיאור	למידע	תעריף	אחוז	כמות	סכום לתשלום
שכר עבודה						
001	משכורת				100.00	12,490.00
097	ש"נ גלובלי					2,250.00
סה"כ שכר עבודה						14,740.00
תשלומים בגין הוצאות						
026	נסיעות ברוטו					500.00
037	הבראה					260.00
סה"כ תשלומים בגין הוצאות						760.00
מידע נוסף						
1400	שעות עבודה					161.67
סה"כ מידע נוסף						15,500.00
סה"כ תשלומים						15,500.00

ניכויי חובה - מסים

מס הכנסה	ביטוח לאומי	הפרשי ב.לאומי	ביטוח בריאות	הפרשי ב.בריאות	סה"כ ניכויי חובה
1,706.00	678.00	658.00			3,042.00

ניכויים והפרשות לקופות גמל

קופה	שם	סוג הקופה	מספר חשבון	סכום בסיס	הפרשת מעסיק	סכום הניכוי
קופות גמל בהסכם						
232	מנורה ביטוח מנה	קצבה שכיר-תג.		12,000.00	660.00	720.00
232	מנורה ביטוח מנה	פיצויים		12,000.00	999.60	
305	א.כ.ע מנורה	א.כ.ע עבודה		12,000.00	120.00	
510	אלטשולר קהש	קרן השתלמות		12,000.00	900.00	300.00
סה"כ קופות גמל בהסכם						1,020.00
סה"כ ניכויים והפרשות לקופות גמל						2,679.60
						1,020.00

נתונים מצטברים של קופות גמל וקרן השתלמות

פרטים	שכר בסיס	הפרשה	שווי	אחוז הפרשה
קרן השתלמות	28,695.60	2,152.17		7.50
תגמולים לקצבה	28,695.60	1,578.26		5.50

היעדרויות

פרטים	מכסה שנתית	יתרה קודמת	זיכוי החודש	ניצול החודש	זיכוי מצטבר	ניצול מצטבר	יתרה חדשה
חופשה	144.00	16.70	12.00	18.00	28.70	18.00	10.70
מחלה	162.00	18.78	13.50		32.28		32.28

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

פרוט נקודות זיכוי

תושב ישראל 2.25

התקופה בעדה בוצע ניתוח נוכחות: מ-01/08/19 עד 31/08/19
בתקופת ניתוח הנוכחות 21 ימי עבודה שבהם 186.50 שעות עבודה
בתקופת ניתוח הנוכחות 19 ימי עבודה בפועל
ותק אצל המעסיק 3 חודשים
שכר לקצבה 12,000 שכר לביטוח אובדן כושר עבודה 12,000
שכר לקרן השתלמות 12,000
סך כל הניכויים: 4,062.00 ש"ח
שכר מינימום: לחודש 5300.00 לשעה 28.49

הודעה לעובד

שעות העבודה מתייחסות לחודש קודם
*
סוכנות הביטוח המטפלת בתיק שלך: מבטח סיימון
מצ"ב פרטי ההתקשרות עמם:
mvs@mvs.co.il / 03-7966060

מטריקס אי.טי מערכות בע"מ, אבא אבן 3 הרצליה 46120
 תיק נכויים: 939205852 חברה: 520036039
 מחלקה: 1410200 היי-טק
 תלוש שכר לחודש: אוקטובר 2019

נאמן למקור

ריכוז הנתונים בתלוש שכר זה

פרטים	הסכום בש"ח
סך-כל התשלומים	15,500.00
ניכויי חובה-מסים	3,041.00
קופות גמל בהסכם	1,020.00
שכר נטו	11,439.00
נטו לתשלום	11,439.00

פרטי חשבון הבנק

מספר חשבון	סניף	בנק
54167150	654	17

כהן חן 12433
 צבי שפירא 8
 ראשון לציון 7528434
 - 00
 1410200 3942

מרכיבי השכר

תיאור	יחידות	סכום
שכר ייסוד		15,000.00
סה"כ מרכיבי השכר		15,000.00

תעריפים

תיאור	סכום
משכורת	15,000.00
שעה	82.42

נתונים נוספים

נתונים אישיים
מספר זהות 201048451
מצב משפחתי רווק
ביטוח לאומי רגיל
מס הכנסה מס חודשי מצטבר
נתוני העסקה
התחלת עבודה 21/07/2019
הסכם גלובלי- חוזה מטריקס
מעמד גלובלי
אחוז משרה 100.00%
שעות שבועיות 44.5 ש.שבועי 182
נתונים חודשיים
ברוטו למס הכנסה 15,500
ית.זכאות ל- 47 593
אחוז מס שולי 31%
נקודות זיכוי 2.25
ברוטו לב.לאומי 15,500
הפ.ביטוח לאומי 928

סכומים מצטברים לשנת המס

ברוטו רגיל 52,565
מס רגיל 5,756
הכנסה לא מבוטחת 11,870
ניכוי לסעיף 45 35% 2,442
ערך נקודות זיכוי 1,668
הכנסה חייבת במס 52,565
שכר חייב ב.ל. 52,565

יחידות מס

01	02	03	04	05	06
07	08	09	10		ס"ה
10	25	25	25		85

פרוט התשלומים

סמל	תיאור	למידע	תעריף	אחוז	כמות	סכום לתשלום
שכר עבודה						
001	משכורת				100.00	12,490.00
097	ש"נ גלובלי					2,250.00
סה"כ שכר עבודה						
תשלומים בגין הוצאות						
026	נסיעות ברוטו					500.00
037	הבראה					260.00
סה"כ תשלומים בגין הוצאות						
מידע נוסף						
1400	שעות עבודה					168.71
סה"כ מידע נוסף						
סה"כ תשלומים						
15,500.00						

ניכויי חובה - מסים

מס הכנסה	ביטוח לאומי	הפרשי ב.לאומי	ביטוח בריאות	הפרשי ב.בריאות	סה"כ ניכויי חובה
1,705.00	678.00	658.00			3,041.00

ניכויים והפרשות לקופות גמל

קופה	שם	סוג הקופה	מספר חשבון	סכום בסיס	הפרשת מעסיק	סכום הניכוי
קופות גמל בהסכם						
232	מנורה ביטוח מנה	קצבה שכיר-תג.		12,000.00	660.00	720.00
232	מנורה ביטוח מנה	פיצויים		12,000.00	999.60	
305	א.כ.ע מנורה	א.כ.ע עבודה		12,000.00	120.00	
510	אלטשולר קהש	קרן השתלמות		12,000.00	900.00	300.00
סה"כ קופות גמל בהסכם						
1,020.00 2,679.60						
סה"כ ניכויים והפרשות לקופות גמל						
1,020.00 2,679.60						

נתונים מצטברים של קופות גמל וקרן השתלמות

פרטים	שכר בסיס	הפרשה	שווי	אחוז הפרשה
קרן השתלמות	40,695.60	3,052.17		7.50
תגמולים לקצבה	40,695.60	2,238.26		5.50

היעדרויות

פרטים	מכסה שנתית	יתרה קודמת	זיכוי החודש	ניצול החודש	זיכוי מצטבר	ניצול מצטבר	יתרה חדשה
חופשה	144.00	10.70	12.00	4.50	40.70	22.50	18.20
מחלה	162.00	32.28	13.50		45.78		45.78

פרוט נקודות זיכוי

תושב ישראל 2.25

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

התקופה בעדה בוצע ניתוח נוכחות: מ-01/09/19 עד 30/09/19
 בתקופת ניתוח הנוכחות 20 ימי עבודה שבהם 173.50 שעות עבודה
 בתקופת ניתוח הנוכחות 19 ימי עבודה בפועל
 ותק אצל המעסיק 4 חודשים
 שכר לקצבה 12,000 שכר לביטוח אובדן כושר עבודה 12,000
 שכר לקרן השתלמות 12,000
 סך כל הניכויים: 4,061.00 ש"ח
 שכר מינימום: לחודש 5300.00 לשעה 28.49

הודעה לעובד

שעות העבודה מתייחסות לחודש קודם
 *** יום הולדת שמח ***
 החודש תעניק לך מטריקס מתנה ליום הולדתך
 *
 סוכנות הביטוח המטפלת בתיק שלך: מבטח סיימון
 מצ"ב פרטי ההתקשרות עמם:
 mvs@mvs.co.il / 03-7966060

מטריקס אי.טי מערכות בע"מ, אבא אבן 3 הרצליה 46120
תיק ניכויים: 939205852 חברה: 520036039
מחלקה: 1410200 היי-טק
תלוש שכר לחודש: נובמבר 2019

כהן חן 12433
צבי שפירא 8
ראשון לציון 7528434
- 00
1410200 3942

נאמן למקור

ריכוז הנתונים בתלוש שכר זה

פרטים	הסכום בש"ח
סך-כל התשלומים	15,500.00
ניכויי חובה-מסים	3,041.00
קופות גמל בהסכם	1,020.00
שכר נטו	11,439.00
נטו לתשלום	11,439.00

פרטי חשבון הבנק

מספר חשבון	סניף	בנק
54167150	654	17

מרכיבי השכר

תיאור	יחידות	סכום
שכר ייסוד		15,000.00
סה"כ מרכיבי השכר		15,000.00

תעריפים

תיאור	סכום
משכורת	15,000.00
שעה	82.42

נתונים נוספים

נתונים אישיים
מספר זהות 201048451
מצב משפחתי רווק
ביטוח לאומי רגיל
מס הכנסה מס חודשי מצטבר
נתוני העסקה
21/07/2019 התחלת עבודה
הסכם גלובלי- חוזה מטריקס
מעמד גלובלי
אחוז משרה 100.00%
שעות שבועיות 44.5 ש.שבועי 182
נתונים חודשיים
ברוטו למס הכנסה 15,500
ית.זכאות ל- 47 768
אחוז מס שולי 31%
נקודות זיכוי 2.25
ברוטו לב.לאומי 15,500
הפ.ביטוח לאומי 928

סכומים מצטברים לשנת המס

ברוטו רגיל 68,065
מס רגיל 7,461
הכנסה לא מבוטחת 15,370
ניכוי לסעיף 45 35% 3,162
ערך נקודות זיכוי 2,158
הכנסה חייבת במס 68,065
שכר חייב ב.ל. 68,065

יחידות מס

01	02	03	04	05	06
07	08	09	10	11	ס"ה
10	25	25	25	25	110

פרוט התשלומים

סמל	תיאור	למידע	תעריף	אחוז	כמות	סכום לתשלום
שכר עבודה						
001	משכורת				100.00	12,490.00
097	ש"נ גלובלי					2,250.00
סה"כ שכר עבודה						
14,740.00						
תשלומים בגין הוצאות						
026	נסיעות ברוטו					500.00
037	הבראה					260.00
סה"כ תשלומים בגין הוצאות						
760.00						
מידע נוסף						
1400	שעות עבודה				60.50	
סה"כ מידע נוסף						
15,500.00						
סה"כ תשלומים						

ניכויי חובה - מסים

מס הכנסה	ביטוח לאומי	הפרשי ב.לאומי	ביטוח בריאות	הפרשי ב.בריאות	סה"כ ניכויי חובה
1,705.00	678.00	658.00			3,041.00

ניכויים והפרשות לקופות גמל

קופה	שם	סוג הקופה	מספר חשבון	סכום בסיס	הפרשת מעסיק	סכום הניכוי
קופות גמל בהסכם						
232	מנורה ביטוח מנה	קצבה שכיר-תג.		12,000.00	660.00	720.00
232	מנורה ביטוח מנה	פיצויים		12,000.00	999.60	
305	א.כ.ע מנורה	א.כ.ע עבודה		12,000.00	120.00	
510	אלטשולר קהש	קרן השתלמות		12,000.00	900.00	300.00
סה"כ קופות גמל בהסכם						
2,679.60						
סה"כ ניכויים והפרשות לקופות גמל						
1,020.00						

נתונים מצטברים של קופות גמל וקרן השתלמות

פרטים	שכר בסיס	הפרשה	שווי	אחוז הפרשה
קרן השתלמות	52,695.60	3,952.17		7.50
תגמולים לקצבה	52,695.60	2,898.26		5.50

היעדרויות

פרטים	מכסה שנתית	יתרה קודמת	זיכוי החודש	ניצול החודש	זיכוי מצטבר	ניצול מצטבר	יתרה חדשה
חופשה בשעות	144.00	18.20	12.00	22.00	52.70	44.50	8.20
מחלה בשעות	162.00	45.78	13.50	62.00	59.28	62.00	-2.72

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

פרוט נקודות זיכוי

תושב ישראל 2.25

התקופה בעדה בוצע ניתוח נוכחות: מ-01/10/19 עד 31/10/19
בתקופת ניתוח הנוכחות 19 ימי עבודה שבהם 154.50 שעות עבודה
בתקופת ניתוח הנוכחות 8 ימי עבודה בפועל
ותק אצל המעסיק 5 חודשים
שכר לקצבה 12,000 שכר לביטוח אובדן כושר עבודה 12,000
שכר לקרן השתלמות 12,000
סך כל הניכויים: 4,061.00 ש"ח
שכר מינימום: לחודש 5300.00 לשעה 28.49

הודעה לעובד

שעות העבודה מתייחסות לחודש קודם
*
סוכנות הביטוח המטפלת בתיק שלך: מבטח סיימון
מצ"ב פרטי ההתקשרות עמם:
mvs@mvs.co.il / 03-7966060

מטריקס אי.טי מערכות בע"מ, אבא אבן 3 הרצליה 46120
 תיק ניכויים: 939205852 חברה: 520036039
 מחלקה: 1410200 היי-טק
 תלוש שכר לחודש: דצמבר 2019

כהן חן 12433
 צבי שפירא 8
 ראשון לציון 7528434
 - 00
 1410200 3942

נאמן למקור

ריכוז הנתונים בתלוש שכר זה

פרטים	הסכום בש"ח
סך-כל התשלומים	15,500.00
ניכויי חובה-מסים	3,041.00
קופות גמל בהסכם	1,020.00
שכר נטו	11,439.00
נטו לתשלום	11,439.00

פרטי חשבון הבנק

מספר חשבון	סניף	בנק
54167150	654	17

מרכיבי השכר

תיאור	יחידות	סכום
שכר ייסוד		15,000.00
סה"כ מרכיבי השכר		15,000.00

תעריפים

תיאור	סכום
משכורת	15,000.00
שעה	82.42

נתונים נוספים

נתונים אישיים
מספר זהות 201048451
מצב משפחתי רווק
ביטוח לאומי רגיל
מס הכנסה מס חודשי מצטבר
נתוני העסקה
התחלת עבודה 21/07/2019
הסכם גלובלי- חוזה מטריקס
מעמד גלובלי
אחוז משרה 100.00%
שעות שבועיות 44.5 ש.שבועי 182
נתונים חודשיים
ברוטו למס הכנסה 15,500
ית.זכאות ל- 47 943
אחוז מס שולי 31%
נקודות זיכוי 2.25
ברוטו לב.לאומי 15,500
הפ.ביטוח לאומי 928

סכומים מצטברים לשנת המס

ברוטו רגיל 83,565
מס רגיל 9,166
הכנסה לא מבוטחת 18,870
ניכוי לסעיף 445 35% 3,882
ערך נקודות זיכוי 2,649
הכנסה חייבת במס 83,565
שכר חייב ב.ל. 83,565

יחידות מס

01	02	03	04	05	06
07	08	09	10	11	12
ס"ה	10	25	25	25	135

פרוט התשלומים

סמל	תיאור	למידע	תעריף	אחוז	כמות	סכום לתשלום
שכר עבודה						
001	משכורת				100.00	12,490.00
097	ש"נ גלובלי					2,250.00
סה"כ שכר עבודה						
14,740.00						
תשלומים בגין הוצאות						
026	נסיעות ברוטו					500.00
037	הבראה					260.00
סה"כ תשלומים בגין הוצאות						
760.00						
מידע נוסף						
1400	שעות עבודה					104.78
סה"כ מידע נוסף						
סה"כ תשלומים						
15,500.00						

ניכויי חובה - מסים

מס הכנסה	ביטוח לאומי	הפרשי ב.לאומי	ביטוח בריאות	הפרשי ב.בריאות	סה"כ ניכויי חובה
1,705.00	678.00	658.00			3,041.00

ניכויים והפרשות לקופות גמל

קופה	שם	סוג הקופה	מספר חשבון	סכום בסיס	הפרשת מעסיק	סכום הניכוי
קופות גמל בהסכם						
232	מנורה ביטוח מנה	קצבה שכיר-תג.		12,000.00	660.00	720.00
232	מנורה ביטוח מנה	פיצויים		12,000.00	999.60	
305	א.כ.ע מנורה	א.כ.ע עבודה		12,000.00	120.00	
510	אלטשולר קהש	קרן השתלמות		12,000.00	900.00	300.00
סה"כ קופות גמל בהסכם						
1,020.00 2,679.60						
סה"כ ניכויים והפרשות לקופות גמל						
1,020.00 2,679.60						

נתונים מצטברים של קופות גמל וקרן השתלמות

פרטים	שכר בסיס	הפרשה	שווי	אחוז הפרשה
קרן השתלמות	64,695.60	4,852.17		7.50
תגמולים לקצבה	64,695.60	3,558.26		5.50

היעדרויות

פרטים	מכסה שנתית	יתרה קודמת	זיכוי החודש	ניצול החודש	זיכוי מצטבר	ניצול מצטבר	יתרה חדשה
חופשה בשעות	144.00	8.20	12.00	10.72	64.70	55.22	9.48
מחלה בשעות	162.00	-2.72	13.50	62.50	72.78	124.50	-51.72

פרוט נקודות זיכוי

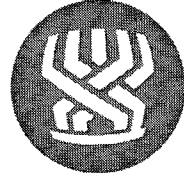
תושב ישראל 2.25

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

התקופה בעדה בוצע ניתוח נוכחות: מ-01/11/19 עד 30/11/19
בתקופת ניתוח הנוכחות 20 ימי עבודה שבהם 178.00 שעות עבודה
בתקופת ניתוח הנוכחות 12 ימי עבודה בפועל
ותק אצל המעסיק 6 חודשים
שכר לקצבה 12,000 שכר לביטוח אובדן כושר עבודה 12,000
שכר לקרן השתלמות 12,000
סך כל הניכויים: 4,061.00 ש"ח
שכר מינימום: לחודש 5300.00 לשעה 28.49

הודעה לעובד

שעות העבודה מתייחסות לחודש קודם
*
סוכנות הביטוח המטפלת בתיק שלך: מבטח סיימון
מצ"ב פרטי ההתקשרות עמם:
mvs@mvs.co.il / 03-7966060



תיק: 20104845-1

לכבוד

עו"ד אריאל פרייברג

דרך אבא הלל 00007

רמת גן 5252204

דף 1 מתוך 2

תיק: 20104845-1

ט"ו בשבט, תשפ"ג

06 בפברואר 2023

הנדון: קצבת נכות כללית לפי פרק ט' לחוק הביטוח הלאומי

החלטה על המשך זכאות

עבור: חן כהן ת.ז. 201048451

אנו מביאים לידיעתך, כי אישרנו את תביעתך לגמלת נכות כללית ולהלן ההחלטה:

מתאריך	עד תאריך	דרגת אי כושר	נכות רפואית משוקללת
01/01/2023	31/01/2024	100%	40%

לתשומת לבך, נקבעה לך דרגת אי כושר זמנית עד 31/01/2024. בקרבת מועד זה תידרש להמציא מסמכים רפואיים ואישורי הכנסות מעודכנים כדי לבחון את זכאותך לגמלת נכות לאחר תאריך זה.

זכותך לערור על הנכות הרפואית ועל דרגת אי-הכושר לוועדה לעררים בתוך 60 יום מקבלת הודעה זו. לצורך זה עליך להגיש ערר מנומק על גבי טופס 7810 למוסד לביטוח לאומי.

זכותך לערער (להגיש תובענה) על החלטה זו בבית הדין האזורי לעבודה ברח' הרב יצחק ניסנבוים (בת ים) 7 בת ים בתוך 12 חודשים מקבלת הודעה זו [1]. לשם הגשת תובענה לבית הדין תוכל להיעזר בלשכה לסיוע משפטי ברח' אבא הלל סילבר 13 לוד. הלשכה לסיוע משפטי תבדוק אם יש לתביעתך, סיכוי סביר מבחינת הדין, העובדות או הראיות, ותחליט בהתאם לכך בדבר מתן סיוע [2].

עליך להודיענו מיד על כל שינוי שיחול במצבך הבריאותי, התעסוקתי (עבודה - תחילה / סיום / שינוי), בהכנסותיך ובהכנסות בת זוגך, במצבך המשפחתי ובכתובתך. בכל העניינים הנוגעים לקצבה זו יש לפנות לסניף לביטוח הלאומי הקרוב למקום מגוריך.

אם אינך יכול לחזור לעבודתך הקודמת או למצוא עבודה מתאימה, אתה מוזמן לפנות ליחידת השיקום בסניף המוסד לביטוח לאומי כדי שתבדק זכאותך לשיקום מקצועי.

לידיעתך, אם עקב נכותך הנך תלוי בעזרת הזולת בפעולות: רחצה, ניידות בתוך הבית, היגיינה אישית, אכילה ולבישה, אתה עשוי להיות זכאי לקצבה לשירותים מיוחדים.

אם אתה מוגבל בתנועתך עקב ליקויים ברגליים, אתה עשוי להיות זכאי לקצבת ניידות.

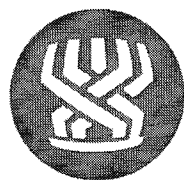
לידיעתך,

הנתונים המוצגים במכתב זה, מתייחסים לקצבת נכות כללית בלבד, ולא כוללים מידע על קצבאות אחרות כגון שירותים מיוחדים, ניידות וכו'.

בכבוד רב, מהלל רחל,
פקיד/ת תביעות נכות

מידע מפורט בכל נושאי הביטוח הלאומי תוכלו למצוא באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il

[1] בפגישתך לבית הדין נא לציין: שם, מספר זהות, כתובת ומיקוד, הסיבה לתובענה, הסניף המטפל ומספר התיק.
[2] הסיוע המשפטי כולל ייעוץ משפטי וייצוג בפני בית הדין לעבודה. בקשה לסיוע משפטי יש להגיש בטופס מיוחד שאפשר לקבל ממזכירות בית הדין האזורי לעבודה ובלשכה לסיוע משפטי.



תיק: 20104845-1

דף 2 מתוך 2

זכויותיהם של מקבלי קצבת נכות כללית במוסדות שונים

רשויות מקומיות

מקבלי קצבת נכות כללית עשויים להיות זכאים להנחה במסי ארנונה. את הבקשה להנחה יש להגיש לרשות המקומית. האישורים מועברים מביטוח לאומי ישירות לרשויות המקומיות. אין צורך לפנות לביטוח הלאומי.

משרד התחבורה

מקבלי קצבת נכות כללית בעלי דרגת אי-כושר יציבה בשיעור של 100% ומקבלי קצבת נכות כללית חלקית המקבלים גם הבטחת הכנסה, עשויים להיות זכאים להנחה בתחבורה הציבורית. ההנחה היא רק ברכישת כרטיסיות. יש קווים שבהם אין הנחה. תעודת הזכאות להנחה מונפקת פעם בשנתיים באופן אוטומטי. אין צורך לפנות למשרד התחבורה. מי שלא קיבל את התעודה, יכול לפנות בכתב אל: אגף תחבורה ציבורית, רח' המלאכה 8, ת"ד 57109, תל אביב 61570.

משרד הבינוי והשיכון

מקבלי קצבת נכות כללית בעלי דרגת אי-כושר בשיעור של 100% עשויים להיות זכאים לסיוע בשכר דירה (ציבורי או פרטי) או ברכישת דירת קבע מאחת החברות הציבוריות.

משרד הרווחה

מקבלי קצבת נכות כללית בעלי דרגת אי-כושר 100%, בעלי נכות רפואית בשיעור של 80% ומעלה, עשויים להיות זכאים להנחה בפעילות מונה, דמי שימוש ודמי התקנת טלפון (לעונים על תנאי זה מצ"ב הפניה למשרד הרווחה בעניין). את הבקשה להנחה יש להפנות לאגף השיקום במשרד העבודה והרווחה, רח' ירמיהו 39, ת"ד 919, מיקוד 9100802. מס' הטלפון: 02-5085000, מס' הפקס: 02-5085933.

הטבות נלוות:

מהות ההטבה - מגוון תוכניות, שירותים ומענים למבוגרים, כגון: שילוב במסגרת דיור, תוכניות פנאי, פתרונות תעסוקה ועוד. זכאות להטבה - בהתאם לצרכים ומאפיינים שביקרו, כמו סוג המוגבלות. אופן קבלת ההטבה - להתרשמות ממגוון האפשרויות ואופן המימוש - אתר האינטרנט "קליק לרווחה".

המוסד לביטוח לאומי

מקבלי קצבת נכות כללית בעלי דרגת אי-כושר 100% (קבועה או זמנית למשך שנה לפחות), אשר יש להם הכנסה נוספת (מעבודה או לא מעבודה) עשויים להיות זכאים לפטור מתשלום דמי ביטוח. לבירור ניתן לפנות למחלקת גביה בסניף הקרוב למקום מגורך.

קופות חולים

מקבלי קצבת נכות כללית זכאים לפטור מתשלום בעד ביקור אצל רופא פנימי ומקצועי, בעד התחייבות בבית חולים ובעד ביקור במכונים ומרפאות חוץ. הפטור ניתן באופן אוטומטי בהתאם לרשימות המועברות על-ידי המוסד לביטוח לאומי. לבירורים ניתן לפנות לתחום רישום והקצאה בביטוח הלאומי, בטל': 02-6462000.

משרד האוצר / מס הכנסה

מקבלי קצבת נכות בעלי נכות רפואית בשיעור של 90% ומעלה עשויים להיות זכאים לפטור מתשלום מס הכנסה (סעיף 9 (5) לפקודת מס הכנסה) בהתאם לכללים שנקבעו. את הבקשה לפטור יש להגיש לפקיד שומה במקום המגורים.

משרד האוצר / מס רכישה

מקבלי קצבת נכות כללית בעלי דרגת אי-כושר יציבה בשיעור של 100%, וכן בעלי נכות רפואית בשיעור של 90% ומעלה עשויים להיות זכאים להנחה במס רכישה. את הבקשה להנחה יש להפנות לפקיד משרד האוצר במקום המגורים.

מינהל מקרקעי ישראל

מקבלי קצבת נכות כללית שנקבע להם אחוז נכות רפואית בשיעור של 80% לפחות, עשויים להיות זכאים לפטור או הנחה בדמי הסכמה המשולמים למינהל מקרקעי ישראל. את הבקשה לפטור או להנחה יש להפנות למינהל מקרקעי ישראל במקום המגורים.

רשות המים

מקבלי קצבת נכות כללית שנקבע להם אחוז נכות רפואית בשיעור של 70% ומעלה ומשולמת להם קצבה בפועל, עשויים להיות זכאים להנחה בפעילות מונה מים (לא לפני 1.7.12).

ההנחה ניתנת באופן אוטומטי בהתאם לרשימות המועברות על-ידי המוסד לביטוח לאומי.

משרד הבריאות

מקבלי קצבת נכות כללית שנקבע להם ליקוי רפואי נפשי, בשיעור 40% ומעלה, לפי סעיף 33 או סעיף 34, עשויים להיות זכאים לסיוע מסל שיקום הניתן ע"י משרד הבריאות. לשם בדיקת זכאות, יש להכנס לאתר האינטרנט של משרד הבריאות, בכתובת: www.health.gov.il. או לפנות לגורם המטפל בנכה (רופא פסיכיאטר, עובד סוציאלי, פסיכולוג בלשכת הרווחה האזורית, במרפאה לבריאות הנפש או בכל מקום אחר).

המידע ניתן על-ידי הגורמים המצוינים לעיל ובאחריותם



המוסד לביטוח
לאומי

ביטוח נכות

אבחון רפואי

7805

תאריך התביעה: 23/10/2022

סיבת האבחון:

תום זמניות

לשימוש

פנימי
בלבד
(סריקה)

2 0 1 0 4 8 4 5 1

מספר זהות / דרכון

2 5

0 5

1.

סניף מגורים	סניף הועדה	מס' ועדה	תאריך האבחון
ראשון לציון	ראשון לציון	32432	14/12/2022

2.

פרטי התובע						
שם משפחה		שם פרטי		מין	תאריך לידה	מספר זהות
כהן		חן		זכר	05/11/1989	20104845-1
כתובת						
רחוב		מס' בית	כניסה	דירה	תא דואר	ישוב
עולי הגרדום		24		2		ראשון לציון
7523024		מיקוד				
טלפון קווי			טלפון נייד		דואר אלקטרוני	
			054-2215980			

3.

מסמכים שעמדו בפני הועדה					
תאריך המסמך	סוג המסמך		תאריך המסמך	סוג המסמך	
1. 22.8.22	ד"ר ברנשטיין אילנית	7.			
2. 20.7.22	סיכום ביקור איכילוב	8.			
3.		9.			
4.		10.			
5.		11.			
6.		12.			

4.

פרוטוקולים נוספים שעמדו בפני הועדה:			
נפגעי עבודה	נפגעי איבה	אחר	
אחוז הנכות הרפואית שנקבע באבחון מתאריך 11/05/2022			
אחוז הנכות הרפואית המשוקלל לנכות	100	לשר"מ	100
אחוז לסעיף	סעיף ליקוי צמיחה	אחוז לסעיף	סעיף ליקוי זמנית
		100	29 - 1 ה א

5.

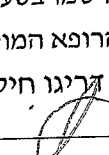
הדיון מתקיים ללא נוכחות התובע - הסיבה:			
סיכום דיון לאחר קבלת מסמכים	מעל 90% נכות רפואית		
הסכמת התובע	סיכום חוות דעת - יש סף רפואי מזכה		

6. אימות פרטי התובע: פרטי התובע והזהות אומתו לפי ☒ ת.ז. ☐ דרכון ☐ רישיון נהיגה ☐ אחר ☐ בעת הדיון נוכח גם: ☒ עו"ד: שם ☐ אריאל פרייברג ☐ מס' רישיון ☐ מלווה: שם ☐ קרבה ☐ ת.ז. ☐ האם קיבל חוות דעת רפואית/טופל/קיימת הכרות עם רופא הועדה? ☒ לא ☐ כן - שם הרופא ☐ יש להפעיל הקלטה הסכמה להקלטת הדיון ☒ כן ☐ לא ☐ המבוטח / המייצג / רופא הוועדה

הדיון לא מתקיים, הסיבה: ☐ התובע הוזמן ולא הופיע ולא ניתן לדון ללא נוכחות ☐ אינו מבין את מהות ההזמנה ☐ הועדה נפסלה, הסיבה: ☐ אישור הרופא המוסמך: ☐ מזכיר הישיבה: ☐ תאריך: ☐

תולדות המקרה והתלונות מפי התובע (אמננה מלאה כולל: כל התלונות והליקויים, טיפולים שמקבל, שמות המוסדות בהם מטופל והרופאים):
אני לא עובד הייתי מתכנת. יש לי חולשה בצד שמאל.
קשה לי לשבת יותר מ 3/4 שעה. אני חייב לקום קשה לי להחזיק ולחבר קו מחשבה שלם.
נתנו לי הפניה למכון רקנטי. יש קושי בריכוז וחולשה בצד שמאל.
עו"ד: בנוסף למה שנאמר יש מאז הטיפולים והאירוע המוחי קושי בראיה.
היה במכון שינה ומכון כאב.
מבקש לאריך את הנכות המקסימלית נוכח העובדה שאין שיפור במצב.

האם התובע עובד כיום?	כן	לא	תאריך הפסקת עבודה	סיבה:
			סוג עבודה אחרונה	תקופת עבודה (חודשים/שנים)
			מספר שעות עבודה ביום	ימים בשבוע
השכלה			סוג עבודה נוכחית	מתאריך
			מספר שנות לימוד	סוג תעודה
הכשרה מקצועית			סוג ההכשרה	

אני מאשר כי הפרטים שנרשמו בסעיפים בעמוד זה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית.
אני מסכים להיבדק ע"י הרופא המוסמך: ☒ כן ☐ לא, הסיבה ☐
שם הרופא המוסמך: ד"ר זריגו חילקביץ אולג
חתימת התובע  חתימת המלווה ☐
בהעדר חתימת התובע/מלווה, חתימת הרופא ☐

שם התובע	מספר זהות	מס' ועדה	תאריך האבחון
כהן חן	20104845-1	32432	14/12/2022

7. ממצאי הבדיקה הנוכחית:

הליכה תקינה, קיימת ירידה מינימלית בזריזות אצבעות יד שמאל ללא סימנים צליברלים. עבר 4 צינתורים. נמצא במעקב צמוד בבלינסון מרפאת כאב. בוצעה הערכה קוגניטיבית שלפי התוצאות הקוגניציה תקינה קיימת הפרעת קשב שכנראה הייתה גם בעברו והוחמרה בגלל התערבויות חוזרות. מטופל בליריקה ואלטרולט. מועמד לשיקום במסגרת מכון רקנטי.

8. התייחסות לחוות דעת יועץ לוועדה:

תאריך	תחום רפואי	כן	לא	האם הועדה מקבלת חוות הדעת?
				הערות/נימוק:
				הערות/נימוק:
				הערות/נימוק:
				הערות/נימוק:

9. סיכום דיון/נימוק:

בן 33. ברקע מפרצת צליברלי לאחר צינתורים והקרנות נקבעו אחוזי נכות זמניים עקב שיקום.

10. דרישה למידע רפואי לאבחון הנוכחי (עצירת דיון) ונימוק:

11. דרישה למידע רפואי לאבחון הבא:

שם התובע	מספר זהות	מס' ועדה	תאריך האבחון
כהן חן	20104845-1	32432	14/12/2022

12.

הליקויים הרפואיים

מצורף פירוט המשך ליקויים: כן לא

הליקויים		סעיף במבחנים		מותרם	חריג	אחוזי הנכות	מנופה	נכות ושר"מ	נכות בלבד	נכות רפואית		האם הליקוי נובע מהתאונה?		
	עיקרי	משנה	מ	ח			0	2	1	מתאריך	עד תאריך	כן	לא	*
מ.א מפרצת	29	3א5				40		0	☒	1.1.23	31.1.2024			

* לבירור הקשר הסיבתי בין הליקויים לתאונה יש להזמין המסמכים הבאים:

אחוז הנכות הרפואית המשוקלל				
לנכות	לשר"מ	מתאריך	עד תאריך	יציבה / זמנית
40 %		11/123	31/12/24	יציבה ✓ זמנית

13.

הערכת הרופא המוסמך והמלצותיו

התובע מסוגל להשתמש בקצבה באופן יעיל ואחראי	כן	לא
התובע מסוגל להשתמש בסכום כספי גדול יחסית ובאופן יעיל ואחראי	X	
התובע מתמצא במקום ובזמן לרבות במוסדות הפועלים בקהילה	X	
מומלץ ליזום תביעה לשר"מ?		X
מומלץ ליזום תביעה לניידות?		X
האם ניתן למסור מסמך זה לידי התובע?	X	
האם יש מקום להעביר דיווח למכון לבטיחות דרכים?		X

חתימת הרופא המוסמך:
אני מצהיר בזאת כי:
א. לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי.
ב. איני הרופא המטפל של התובע.
ג. לא קיימת קרבה משפחתית / היכרות אישית ביני לבין התובע.
ד. לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע.
ה. לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה / מנהל בית החולים בו אני עובד.

תאריך: 14/12/2022	שם הרופא: ד"ר דריגו חילקביץ	מומחיות: נוירולוג	חתימה וחותמת
תאריך:	שם הרופא:	מומחיות:	חתימה וחותמת
תאריך:	שם הרופא:	מומחיות:	חתימה וחותמת

תאריך: 14/12/2022	שם מזכיר הישיבה מהלל רחל	חתימה וחותמת
-------------------	--------------------------	--------------

המוסד לביטוח לאומי
הלשכה הרפואית – סניף/מכון ראשון לציון

חוות דעת רופא מוסמך
לעניין כושר השתכרות

שם משפחה: כהן	שם פרטי: חן	מס' ת.ז.: 20104845
------------------	----------------	-----------------------

- ☐ אין צורך למלא חו"ד לעניין כושר השתכרות ☐ בנוכחות ☐ לא בנוכחות
☐ פרטים על העבודה: יש למלא סעיף ג' בעמוד 1 בטופס האבחון

• האבחנות והליקויים העיקריים המשפיעים על ההשתכרות:
מ.א. מפרצת

• הטיפול הרפואי הניתן והעומס המוטל עליו בעטיו על התובע:
(נא לפרט: סוג הטיפול, תדירותו, משכו המשוער).

• השפעת 1+2 על כושר ההשתכרות: (יש להתייחס ולקחת בחשבון ההגבלות הנובעות מהליקויים והטיפולים והשלכותיהם על יכולתו של התובע לעבוד) **חובה לנמק*.**

- ☒ לא מסוגל לשום עבודה, או מסוגל לעבודה מוגנת שאינה מפרנסת. **פרט ונמק***
☐ מסוגל לעבודה חלקית בתנאים מיוחדים. **פרט ונמק***
☐ מסוגל לעבודה חלקית. **פרט ונמק***
☐ מסוגל לעבודה מלאה בתנאים מיוחדים. **פרט ונמק***
☐ מסוגל לעבודה מלאה. **פרט ונמק***

נימוקים: לא מסוגל לשום עבודה - שיקום

☐ אם לא ניתן להשיב לסעיף 3 ללא קבלת מידע נוסף, פרט המידע הנדרש
(כגון: חו"ד פקיד שיקום, ידע אחר)

• (כשיש ליקויים מתאונה) ציין הקשר בין אובדן הכושר והתאונה:

אובדן הכושר: ☐ מתאונה ☐ לא מתאונה

☐ זמני, לבצע הערכה נוספת בעוד: _____

הערות:

חוות הדעת ניתנה על סמך: ☒ עיון בתיק ☒ שיחה עם התובע ☐ חוות דעת רופא מומחה
☐ קבלת מידע מפקיד שיקום ☐ עיון בטופס התביעה סעיף 3 עמוד 3
☐ אחר: _____

ד"ר אולגה חילקביץ
חומות בנידרולוגיה
מ.ר.מ. 23496 מ.ר.מ. 13684

ד"ר חילקביץ אולגה

14/12/2022

תאריך: _____ שם הרופא: _____ חתימת הרופא: _____

המוסד לביטוח לאומי
הלשכה הרפואית – סניף/מכון ראשון לציון

חוות דעת רופא מוסמך
לעניין כושר השתכרות

שם משפחה: כהן	שם פרטי: חן	מס' ת.ז.: 20104845
------------------	----------------	-----------------------

- ☐ אין צורך למלא חו"ד לעניין כושר השתכרות ☐ בנוכחות ☐ לא בנוכחות
☐ פרטים על העבודה: יש למלא סעיף ג' בעמוד 1 בטופס האבחון

- האבחנות והליקויים העיקריים המשפיעים על ההשתכרות:
מ.א. מפרצת

- הטיפול הרפואי הניתן והעומס המוטל עליו בעטיו על התובע:
(נא לפרט: סוג הטיפול, תדירותו, משכו המשוער).

- השפעת 1+2 על כושר ההשתכרות: (יש להתייחס ולקחת בחשבון ההגבלות הנובעות מהליקויים והטיפולים והשלכותיהם על יכולתו של התובע לעבוד) **חובה לנמק*.**

- ☒ לא מסוגל לשום עבודה, או מסוגל לעבודה מוגנת שאינה מפרנסת. **פרט ונמק***
☐ מסוגל לעבודה חלקית בתנאים מיוחדים. **פרט ונמק***
☐ מסוגל לעבודה חלקית. **פרט ונמק***
☐ מסוגל לעבודה מלאה בתנאים מיוחדים. **פרט ונמק***
☐ מסוגל לעבודה מלאה. **פרט ונמק***

נימוקים: לא מסוגל לשום עבודה - שיקום

- ☐ אם לא ניתן להשיב לסעיף 3 ללא קבלת מידע נוסף, פרט המידע הנדרש
(כגון: חו"ד פקיד שיקום, ידע אחר) _____

- (כשיש ליקויים מתאונה) ציין הקשר בין אובדן הכושר והתאונה:
אובדן הכושר: ☐ מתאונה ☐ לא מתאונה
זמני, לבצע הערכה נוספת בעוד: _____

הערות:

- חוות הדעת ניתנה על סמך: ☒ עיון בתיק ☒ שיחה עם התובע ☐ חוות דעת רופא מומחה
☐ קבלת מידע מפקיד שיקום ☐ עיון בטופס התביעה סעיף 3 עמוד 3
אחר: _____

ד"ר חילקביץ אולגה

14/12/2022

חתימת הרופא:

שם הרופא:

תאריך:

ד"ר אולגה חילקביץ
מומחית בנזירות
מ.ר. 23496 מ.ר. 15684



המוסד לביטוח
לאומי

ביטוח נכות

אבחון רפואי

7805

תאריך התביעה: 23/10/2022

סיבת האבחון:

תום זמניות

לשימוש

פנימי
בלבד
(סריקה)

2 0 1 0 4 8 4 5 1

מספר זהות / דרכון

2 5

סניף מגורים	סניף הועדה	מס' ועדה	תאריך האבחון
ראשון לציון	ראשון לציון	32432	14/12/2022

פרטי התובע						
שם משפחה		שם פרטי		מין	תאריך לידה	מספר זהות
כהן		חן		זכר	05/11/1989	20104845-1
כתובת						
רחוב		מס' בית	כניסה	דירה	תא דואר	ישוב
עולי הגרדום		24		2		ראשון לציון
						מיקוד
						7523024

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
	054-2215980	

מסמכים שעמדו בפני הועדה					
תאריך המסמך	סוג המסמך	תאריך המסמך	סוג המסמך		
22.8.22	ד"ר ברנשטיין אילנית	.7		סוג המסמך	תאריך המסמך
20.7.22	סיכום ביקור איכילוב	.8			
		.9			
		.10			
		.11			
		.12			

פרוטוקולים נוספים שעמדו בפני הועדה:		
נפגעי עבודה	נפגעי איבה	אחר

אחוז הנכות הרפואית שנקבע באבחון מתאריך 11/05/2022			
אחוז הנכות הרפואית המשוקלל לנכות 100	לשר"מ 100	מתאריך: 01/01/2022	עד תאריך: 31/12/2022
אחוז לסעיף	סעיף ליקוי צמיחה	אחוז לסעיף	סעיף ליקוי זמנית
		100	29 - 1 ה א

הדיון מתקיים ללא נוכחות התובע - הסיבה:	
סיכום דיון לאחר קבלת מסמכים	מעל 90% נכות רפואית
הסכמת התובע	סיכום חוות דעת - יש סף רפואי מזכה

שם התובע	מספר זהות	מס' ועדה	תאריך האבחון
כהן חן	20104845-1	32432	14/12/2022

6.

אימות פרטי התובע: פרטי התובע והזהות אומתו לפי X ת.ז. דרכון רישיון נהיגה אחר

הדיון התקיים בוידאו צ'אט

בעת הדיון נוכח גם: X עו"ד: שם אריאל פרייברג מס' רישיון

מלווה: שם קרבה ת.ז.

האם קיבל חוות דעת רפואית/טופל/קיימת הכרות עם רופא הועדה? X לא כן - שם הרופא

יש להפעיל הקלטה הסכמה להקלטת הדיון X כן לא המבוטח / המייצג / רופא הוועדה

הדיון לא מתקיים, הסיבה: התובע הוזמן ולא הופיע ולא ניתן לדון ללא נוכחות אינו מבין את מהות ההזמנה

 הועדה נפסלה, הסיבה:

אישור הרופא המוסמך: מזכיר הישיבה: תאריך:

תולדות המקרה והתלונות מפי התובע (אמנה מלאה כולל: כל התלונות והליקויים, טיפולים שמקבל, שמות המוסדות בהם מטופל והרופאים):

אני לא עובד הייתי מתכנת. יש לי חולשה בצד שמאל.

קשה לי לשבת יותר מ 3/4 שעה. אני חייב לקום קשה לי להחזיק ולחבר קו מחשבה שלם.

נתנו לי הפניה למכון רקנטי. יש קושי בריכוז וחולשה בצד שמאל.

עו"ד: בנוסף למה שנאמר יש מאז הטיפולים והאירוע המוחי קושי בראיה.

היה במכון שינה ומכון כאב.

מבקש לאריך את הנכות המקסימלית נוכח העובדה שאין שיפור במצב.

האם התובע עובד כיום?	כן	לא	תאריך הפסקת עבודה	סיבה:
			סוג עבודה אחרונה	תקופת עבודה (חודשים/שנים)
			מספר שעות עבודה ביום	ימים בשבוע
			סוג עבודה נוכחית	מתאריך
			מספר שנות לימוד	סוג תעודה
			סוג ההכשרה	

אני מאשר כי הפרטים שנרשמו בסעיפים בעמוד זה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית.

אני מסכים להיבדק ע"י הרופא המוסמך: X כן לא, הסיבה

שם הרופא המוסמך: ד"ר אריגו חילקביץ אולג

חתימת התובע חתימת המלווה

בהעדר חתימת התובע/מלווה, חתימת הרופא

שם התובע	מספר זהות	מס' ועדה	תאריך האבחון
כהן חן	20104845-1	32432	14/12/2022

7. ממצאי הבדיקה הנוכחית:

הליכה תקינה, קיימת ירידה מינימלית בזריזות אצבעות יד שמאל ללא סימנים צליברלים. עבר 4 צינתורים. נמצא במעקב צמוד בבלינסון מרפאת כאב. בוצעה הערכה קוגניטיבית שלפי התוצאות הקוגניציה תקינה קיימת הפרעת קשב שכנראה הייתה גם בעברו והחמרה בגלל התערבויות חוזרות. מטופל בליריקה ואלטרולט. מועמד לשיקום במסגרת מכון רקנטי.

8. התייחסות לחוות דעת יועץ לוועדה:

תאריך	תחום רפואי	כן	לא	האם הועדה מקבלת חוות הדעת?
				הערות/נימוק:
				הערות/נימוק:
				הערות/נימוק:
				הערות/נימוק:

9. סיכום דיון/נימוק:

בן 33. ברקע מפרצת צליברלי לאחר צינתורים והקרנות נקבעו אחוזי נכות זמניים עקב שיקום.

10. דרישה למידע רפואי לאבחון הנוכחי (עצירת דיון) ונימוק:

11. דרישה למידע רפואי לאבחון הבא:

שם התובע	מספר זהות	מס' ועדה	תאריך האבחון
כהן חן	20104845-1	32432	14/12/2022

[illegible]

אחוז הנכות הרפואית המשוקלל				
לנכות	לשר"מ	מתאריך	עד תאריך	יציבה / זמנית
40 %		1/1/23	31/12/24	יציבה ✓ זמנית

הערכת הרופא המוסמך והמלצותיו			
	כן	לא	
התובע מסוגל להשתמש בקצבה באופן יעיל ואחראי	X		לברר עם גורם מטפל
התובע מסוגל להשתמש בסכום כספי גדול יחסית ובאופן יעיל ואחראי	X		לברר עם גורם מטפל
התובע מתמצא במקום ובזמן לרבות במוסדות הפועלים בקהילה	X		לברר עם גורם מטפל
מומלץ ליזום תביעה לשר"מ ?		X	הוגשה תביעה
מומלץ ליזום תביעה לניידות ?		X	הוגשה תביעה
האם ניתן למסור מסמך זה לידי התובע?	X		נמק :
האם יש מקום להעביר דיווח למכון לבטיחות דרכים?		X	

חתימת הרופא המוסמך:

אני מצהיר בזאת כי:

א. לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי.

ב. איני הרופא המטפל של התובע.

ג. לא קיימת קרבה משפחתית / היכרות אישית ביני לבין התובע.

ד. לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע.

ה. לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה / מנהל בית החולים בו אני עובד.

ד"ר אולגה חילקביץ
מומחית בנזיקות
02496 22496

תאריך 14/12/2022	שם מזכיר הישיבה מהלל רחל	חתימה וחותמת _____	אני מצהיר בזאת שלא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין התובע ואיני נמצא בניגוד עניינים ע"פ הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.
------------------	--------------------------	--------------------	---



המוסד לביטוח לאומי
ביטוח נכות

ת. תביעה: 28/03/2022
תביעה חוזרת
אבחון רפואי

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון: 201048451

סוג מסמך: 25

06

סיבת האבחון

☐ תביעה ראשונה

☐ תביעה חוזרת לאחר דחייה

☐ תום זמניות מ

☐ שר"מ

☐ בדיקה מחדש למקבל קצבה

1

סניף מגורים ראשון לציון

סניף הועדה ראשון

מס' ועדה 31589

תאריך האבחון 11/05/2022

2

פרטי התובע

שם משפחה

שם פרטי

מין

זכר ☒ נקבה ☐

תאריך לידה

מספר זהות

05111989

201048451

שנה חודש יום

24

2

כניסה

מס' בית

רחוב

עולי הגרדום

טלפון קווי

טלפון נייד

542215980

כתובת

מיקוד

7523024

יישוב

ראשון לציון

תא דואר

דואר אלקטרוני

דירה

מס' בית

כניסה

רחוב

עולי הגרדום

טלפון קווי

טלפון נייד

542215980

כתובת

מיקוד

7523024

3

מסמכים שעמדו בפני הועדה

סוג המסמך

תאריך המסמך

סוג המסמך

תאריך המסמך

סוג המסמך

תאריך המסמך

סוג המסמך

תאריך המסמך

סוג המסמך

תאריך המסמך

סוג המסמך

תאריך המסמך

סוג המסמך

תאריך המסמך

סוג המסמך

תאריך המסמך

סוג המסמך

תאריך המסמך

סוג המסמך

תאריך המסמך

סוג המסמך

תאריך המסמך

סוג המסמך

תאריך המסמך

סוג המסמך

תאריך המסמך

סוג המסמך

4

אחוז הנכות הרפואית המשוקלל לנכות

אחוז הנכות הרפואית שנקבע באבחון מתאריך

אחוז לסעיף

אחוז לסעיף

אחוז לסעיף

אחוז לסעיף

אחוז לסעיף

אחוז לסעיף

אחוז לסעיף

אחוז לסעיף

אחוז לסעיף

אחוז לסעיף

אחוז לסעיף

אחוז לסעיף

אחוז לסעיף

אחוז לסעיף

אחוז לסעיף

אחוז לסעיף

אחוז לסעיף

5

הדיון מתקיים ללא מנחות התובע - הסיבה:

סיכום דיון לאחר קבלת מסמכים

מעל 90% נכות רפואית

הסכמת התובע

סיכום חוות דעת - יש סף רפואי מזכה

בל/ 7805 (11.2010)

תאריך האבחון

11/05/2022

מס' ועדה

31589

מספר זהות

201048451

שם התובע

כהן

חן

ממצאי הבדיקה הנוכחית:

באור בקיין המצב - תקין חולה קל סב

ללא סימנים אחרים קורא, אורז לב - נמצא בלב

לא נמצאו אותם לב, צינור - אכיל - אקרוס

ואין לוק אסטם חלבי חם אוהסיה בקר/היכ

מולק - דמא - אדורז מכך (חל) - דמא אכ

לב - הלפך - אדמא מולק - דמא קרבים אכיל

התייחסות לחוות דעת יועץ לוועדה:

האם הועדה מקבלת חוות הדעת ?

תחום רפואי

תאריך

הערות/ נימוק :

כן

לא

הערות/ נימוק :

כן

לא

הערות/ נימוק :

כן

לא

הערות/ נימוק :

כן

לא

סיכום דיון/ נימוק :

אכן, הלק צינור כהצאה - חסל
אכיל - אכיל - אכיל - אכיל - אכיל - אכיל
אכן, נכר - אכיל - אכיל - אכיל - אכיל - אכיל

דרישה למידע רפואי לאבחון הנוכחי (עצירת דיון) ונימוק :

דרישה למידע רפואי נוסף לאבחון הבא :

שם התובע כהן חן			מספר זהות 201048451			מס' ועדה 31589			תאריך האבחון 11/05/2022					
12 מזורף פירוט המשך ליקויים: ☐ כן ☐ לא														
הליקויים		סעיף במבחנים		הרג	אחודי הנכות	מספר	נכות ושר"מ	נכות מלבד		נכות רפואית				
		עיקר	משנה					מתאריך	עד תאריך	האם הליקוי נובע מהתאונה?				
אס-3 אחר אס-4 אחר אס-5 אחר	אס-3	29	1	ח	מ	100	0	2	1	31.12.22	1.1.22	כן	לא	*
	אס-4			ח	מ		0	2	1			כן	לא	*
	אס-5			ח	מ		0	2	1			כן	לא	*
				ח	מ		0	2	1			כן	לא	*
				ח	מ		0	2	1			כן	לא	*
				ח	מ		0	2	1			כן	לא	*
				ח	מ		0	2	1			כן	לא	*
				ח	מ		0	2	1			כן	לא	*
* לבירור הקשר הסיבתי בין הליקויים לתאונה יש להזמין המסמכים הבאים:														

אחוז הנכות הרפואית המשוקלל			
לנכות	לשר"מ	מתאריך	עד תאריך
100%		1.1.22	31.12.22
13 הערכת הרופא המוסמך והמלצותיו			

התובע מסוגל להשתמש בקצבה באופן יעיל ואחראי	☒ כן ☐ לא	☐ לברר עם גורם מטפל
התובע מסוגל להשתמש בסכום כספי גדול יחסית ובאופן יעיל ואחראי	☒ כן ☐ לא	☐ לברר עם גורם מטפל
התובע מתמצא במקום ובזמן לרבות במוסדות הפועלים בקהילה	☐ כן ☒ לא	☐ לברר עם גורם מטפל
מומלץ ליזום תביעה לשר"מ?	☐ כן ☒ לא	☐ הוגשה תביעה
מומלץ ליזום תביעה לניידות?	☐ כן ☒ לא	☐ הוגשה תביעה
האם ניתן למסור מסמך זה לידי התובע?	☒ כן ☐ לא	☐ נמק:
האם יש מקום להעביר דיווח למכון לבטיחות דרכים?	☐ כן ☒ לא	

13 חתימת הרופא המוסמך	
אני מצהיר בזאת כי: א. לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי. ב. אני הרופא המטפל של התובע. ג. לא קיימת קרבה משפחתית / היכרות אישית ביני לבין התובע. ד. לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע. ה. לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה / מנהל בית החולים בו אני עובד.	
תאריך 11/05/2022 שם הרופא ד"ר בלומן מומחיות נירולוג חתימת וחותמת	אני מצהיר בזאת שלא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין התובע ואני נמצא בניגוד עניינים עם הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי. תאריך 11/05/2022 שם מזכיר הישיבה חתימת וחותמת



המוסד לביטוח לאומי
הלשכה הרפואית
סניף/מכון

חוות דעת רופא מוסמך

לעניין כושר השתכרות

תאריך תביעה: 28/03/2022

סוג אבחון: תביעה חוזרת

☐ במונחות ☐ לא במונחות

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות 2 0 1 0 4 8 4 5 1 סוג המסמך 6 8 דפים
------------------------------------	---

פרטי המבוטח

1

שם משפחה	שם פרטי	מין ☒ זכר ☐ נקבה	תאריך לידה 0 5 1 1 1 9 8 9 שנה חודש יום	מספר זהות 2 0 1 0 4 8 4 5 1
----------	---------	---	---	--------------------------------

האבחנות והליקויים העיקריים המשפיעים על ההשתכרות

2

האבחנות העיקריות	דרגת החומרה
1. <u>אפולק</u> <u>אחר</u>	☐ קל ☐ בינוני ☐ קשה ☐ אחר
2.	☐ קל ☐ בינוני ☐ קשה ☐ אחר
3.	☐ קל ☐ בינוני ☐ קשה ☐ אחר
4.	☐ קל ☐ בינוני ☐ קשה ☐ אחר

האם קיימות מגבלות פיזיות?

☐ לא ☐ כן, פרט

האם קיימת הגבלה בחושים?

☐ לא ☐ כן, פרט

האם קיימת מחלה המאפיינת בהתקפים ותדירות?

☐ לא ☐ כן, פרט

האם קיים ליקוי נפשי/ קוגניטיבי?

☐ לא ☐ כן, פרט

האם קיים טיפול רפואי/תרופתי?

☐ לא ☐ כן, פרט

האם לטיפול השפעה על הכושר?

☐ לא ☐ כן, פרט

האם נדרש לאביזרים?

☐ לא ☐ כן, פרט

האם ישנן מגבלות בסביבת העבודה?

☐ לא ☐ כן, פרט

☐ ראייה ☐ שמיעה ☐ אפזיה ☐ אחר
☐ ריאות ☐ היפוליקמיה ☐ הפרעות קצב ☐ אפילפסיה - תדירות ☐ אחר
☐ דיכאון וחרדה ☐ פסיכוזות (כולל סכיזופרניה) ☐ הפרעת אישיות ☐ קוגניטיבי ☐ אחר
☐ תרופות ☐ הזרקות ☐ כימותרפיה ☐ דיאליזה ☐ פיזיותרפיה ☐ אחר
פרט
☐ קב הליכה ☐ הליכון ☐ כיסא גלגלים ☐ אחר
☐ גובה ☐ חום ☐ קור ☐ רעש ☐ נגישות לשירותים ☐ נגישות לאוכל ☐ ללא חפצים חדים ☐ ללא קהל ☐ ללא צורך בראייה חדה/מרחבית ☐ אחר

3

נתונים אישיים

הופעה חיצונית חריגה

☐ לא ☐ כן, פרט _____

השכלה

שנות לימוד _____, מקצוע _____

ניסיון תעסוקתי

☐ אין ☐ יש, בתחום _____

יכולת תקשורתית
(שפת דיבור, קרוא וכתוב)

4

השפעת סעיפים 2,3 על כושר ההשתכרות

התובעת/עבד/ה ומסוגלת/ל לחזור לעבודה קודמת ☐ כן ☐ לא, נמק _____

התובעת/מסוגלת/ל לעבוד _____ שעות ביום.

5

המלצה

דרגת אי כושר	מתאריך	עד תאריך	פרט ונמק
☒ חל אובדן כושר השתכרות בשיעור 100%	1.1.22	31.12.22	מקרה של חוסר יכולת לעבוד
☐ חל אובדן כושר השתכרות בשיעור 74%			
☐ חל אובדן כושר השתכרות בשיעור 65%			
☐ חל אובדן כושר השתכרות בשיעור 60%			
☐ לא חל אובדן כושר השתכרות בכדי 50% לפחות			

חוות הדעת ניתנה על סמך

☐ עיון בתיק ☐ שיחה עם התובע ☐ חוות דעת רופא מומחה

6

לא ניתנה חוות הדעת

☐ נדרש מידע נוסף, פרט המידע הנדרש (כגון: חוות דעת פקיד שיקום, מידע אחר) _____

חתימת הרופא

ד"ר נאוה בלומן
המח' לשיקום נוירולוגי
המרכז הרפואי ע"ש שינא
מ.ר. 15831 מ.ר.מ. 11094

תאריך 11/05/2022 שם הרופא ד"ר בלומן נאוה מומחיות נוירולוג חתימת וחותמת x

תאריך: 29.9.22

לכבוד
עו"ד אריאל פרייברג

הנדון: חשבון מס' 133470 - בסניף מס' 317

לבקשתך, הננו לאשר כי החשבון שבנדון רשום בסניפנו על שם:

מס'.	שם	מספר זיהוי
1.	עו"ד אריאל פרייברג בנאמנות פקדונות כללי	66630930
2.		
3.		
4.		

☒ בחשבון לא רשומים נהנים

☐ בחשבון רשומים נהנים כמפורט להלן:

מס'.	שם	מספר זיהוי
1.		
2.		
3.		
4.		

בכבוד רב,
הבנק הבינלאומי הראשון לישראל בע"מ

