

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

Office@freiberg-law.com

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

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

9.11.23

מ.ל.ב.

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה – סניף רמת גן
באמצעות האתר

א.ג.נ.,

הנדון: הילה מצנבר, ת.ז. 300019023
תאונה מיום 23/1/23

1. מצ"ב טופס תביעה לנכה נזקק.
2. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה נעדרה מרשתי מעבודתה במשך תקופה ארוכה.
3. יצויין כפי שצויין במכתב המעביד שעל חלק מהתקופה שילם המעביד תשלום כנגד פדיון ימי מחלה.
4. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשתי אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד



עיריית רמת-גן
אגף משאבי אנוש

כ"ה חשוון תשפ"ד
09/11/2023
סימוכין: 190828

לכבוד
מר/גב' מצנבר הילה, מספר זהות 300019023
hila5748@gmail.com
דרך התפוצות 44 רמת גן

הנדון: גב' מצנבר הילה ת.ז. 300019023
אישור היעדרות

הרינו מאשרים בזאת כי הגב' הילה מצנבר מועסקת בעיריית רמת גן באגף החינוך החל מתאריך 01/09/2016 בהיקף משרה 78%.

בתקופה 05/02/2023 – 20/07/2023 העובדת נעדרה מעבודתה בשל מצבה הרפואי. להלן פירוט התקופות:
05/02/2023 – 24/04/2023 היעדרות בשל תאונת עבודה שאושרה על ידי מוסד לביטוח לאומי.
20/07/2023 – 25/04/2023 היעדרות בשל מחלה. בתקופה הזו שכרה שולם על חשבון ימי המחלה שעמדו לזכותה.

בברכה,
אנה אוהבון
מנהלת מחלקת נוכחות
אגף משאבי אנוש

העתק:
תיק אישי





המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נפגעי עבודה

תביעה להכרה כנכה נזקק
לפי תקנה 18 א'
למי שאינו מסוגל לעבוד

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמות קבלה
מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים	

23012023
שנה חודש יום

תאריך הפגיעה בעבודה

1

פרטי התובע

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות

ס"ב

300019023

2

פרטים על עיסוקי לפני הפגיעה - נא סמן במקום המתאים

☒ שכיר - מקום העבודה

מעמד: ☐ זמני ☐ קבוע

ותק במקום העבודה: כ. 6 שנים. מקצוע: אלקטרוניקאי

הוצעה לי עבודה אחרת ע"י מעבידי: ☐ כן ☐ לא, ציין את הסיבה

התייצבתי כדורש עבודה בשירות התעסוקה ☐ לא ☐ כן, בתאריך
לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך
אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי.
ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

חובה להחתים את המעביד, במקום העבודה בו נפגעת, על סעיף 4 בטופס זה.

☐ עצמאי ☐ העסק בבעלותי ☐ שותפות * יש לצרף דוחות מע"מ של העסק לתקופה המבוקשת
מצב העסק כיום: ☐ סגור ☐ הפעילות צומצמת ☐ אין שינוי בפעילות העסק
אני מעסיק עובדים: ☐ לא ☐ כן

ברצוני להוסיף על האמור לעיל:

3

הצהרה

הריני מצהיר בזאת שבתקופה מתאריך 5/2/23 עד תאריך 20/7/23, לא הייתה לי כל הכנסה מן המקורות
להלן: הכנסה מהתעסקות, ואיני זכאי עבור תקופה זו לכל תשלום מאת מעבידי.
ידוע לי, כי אם תאושר זכאותי כנכה נזקק, תבוטל זכאות לאבטלה (אם יש כזו). ידוע כי מחובתי לעדכן את המוסד לביטוח
לאומי מיד עם שובי לעבודה.

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה 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.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

אם התביעה הוגשה בסיוע או על ידי מייצג: ☐ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ ביה"ח אחר
נא לציין את שם הגוף המסייע / המייצג: קרן אגודת סטיל תאריך תחילת התקשורת: 14/5/23

4

אישור המעסיק למוסד לביטוח לאומי

שם המעסיק

מספר תיק ניכויים

אני מאשר כי העובד

בעל מס' ת.ז.

עד תאריך

לא עבד בתקופה מתאריך

קבל שכר עבור תקופה זו ☐ כן ☐ לא

הוצעה לו עבודה אחרת במפעל ☐ כן ☐ לא, הסיבה

הערות:

שם החותם ותפקידו

חתימה וחותרת

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד