

תביעה לגמלת סיעוד

המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות
סיעוד



הגשת תביעה לגמלת סיעוד

הטופס מיועד למילוי על ידי התובע, בן משפחה או מכר ולא על ידי חברה נותנת שירותי סיעוד.

גמלת סיעוד משולמת למי שזקוק לעזרה רבה בפעולות היום יום: לבישה, אכילה, שמירה על היגיינה ושליטת על הפרשות, רחצה, נידות עצמית בבית ומידת הצורך בהשגחה ופיקוח צמוד של הזולת בשל מצב רפואי ותפקודי המעמיד אותך בסכנת חיים מידית או בסכנה לפגיעה באחרים.
גמלת הסיעוד נקבעת על ידי "הערכת תלות", "מבחן הכנסות" ותנאים נוספים.
למידע נוסף ניתן לפנות לאתר האינטרנט www.btl.gov.il – גמלת סיעוד.
ניתן להיעזר במחשבון באתר כדי לבדוק את תנאי הזכאות לגמלה.

כיצד יש להגיש את התביעה

כדי לייעל את הטיפול בתביעתך, יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף את המסמכים הבאים:

- מסמכים רפואיים שברשותך, המפרטים את המחלות, הטיפולים והתרופות שאתה נוטל.
- מכתב סיכום רפואי עדכני חתום ע"י רופא מטפל, רופא מומחה, סיכומי אשפוז תוצאות בדיקות אבחון והדמיה, טיפולים מיוחדים וטיפול תרופתי, תעודת עיוור.
- ניתן לצרף במכתב מידע שנמסר מגורמים מטפלים נוספים כגון: אח המרפאה, פיזיותרפיסט, עובד סוציאלי, רופאים מומחים ועוד.
- אישורי הכנסות שלך ושל בן/בת זוג מכל המקורות (למעט קצבאות ביטוח לאומי).
- כמו כן, יתכן ותידרש להמציא אישורים נוספים בהתאם לתביעתך ועל כך תקבל הודעה.

את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:

- למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
- למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
- לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.

לשאלות וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345 או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

לידיעתך

- אם אתה זכאי לקצבת שירותים מיוחדים או קצבאות אחרות דומות, יהיה עליך לבחור ביניהן לבין קצבת סיעוד.
- ניתן לעקוב אחר הטיפול בתביעתך באזור האישוי באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי. היה ותימצא זכאי לגמלת סיעוד, עו"ס מטעם המוסד לביטוח לאומי ייצור עמך קשר לתאם תכנית טיפול.
- אם אתה מעל גיל 90, יש באפשרותך למלא עמודים 7-8 על ידי רופא מומחה בגריאטריה. מילוי טופס זה מחליף את הערכת התפקוד של מעריך מטעם הביטוח הלאומי.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך מתייחס לנשים ולגברים כאחד

1 100 המסמך דפים 1										מס' זהות / דרכון 	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------------------

המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות
ס'עוד



תביעה לגמלת סיעוד

1

שם פרטי

מספר זהות

0	5	1	6	9	3	5	9	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---

רווק/ה

טלפון קווי

טלפון נייד

דואר אלקטרוני:

@ qumail.ca

littelsch

סלפון ניד 0523996690

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל לידעתי, אם לא סימנתי "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי, ישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

פרטי מגיש התביעה (ימולא אם התובע אינו מסוגל להגיש את התביעה בעצמו, עקב מצבו הבריאותי) לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי, היטל מס, אני מסרב לקבל הודעות אלו

שם משפחה

שם פרטי

קשר לתובע

מס' זהות איש קשר
ס"ב

דואר אלקטרוני:

טלפון נייד

טלפון קווי

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל לידעתי, אם לא סימנתי "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי, ישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

* אם בידך אחד מהמסכים הבאים, נא סמן וצרף העתק מהמסמך
☐ ייפוי כוח ☐ צו אפוטרופסות ☐ פסק דין ☐ אחר

שפות דיבור

2

אני מעדיף שההערכה תבוצע בשפת האם ולא בעברית

סיבה להגשת התביעה

2

סיבה להגשת התביעה

פרט את הסיבה להגשת התביעה, תאר את מצבך הרפואי התפקודי (ניידות, הלבשה, רחצה, אכילה וטיפול בהפרשות) והקוגניטיבי (צורך בהשגחה למניעת סכנה בשל בעיות קוגניטיביות). פרט מהי העזרה שאתה זקוק לה בבית.

22/11/2022

פרט את הסיבה להגשת התביעה, ואלו את מנגנון ההגנה. פרט מהי העזרה שאושרה לך
הקוגניטיבי (צורך בהשגחה למניעת סכנה בשל בעיות קוגניטיביות). פרט מהי העזרה שאושרה לך

שם המורה: מר. אריק ה'רס יז'ר שנ

3 כתובת מגורים

☒ כתובת המגורים הרשומה במשרד הפנים

☐ כתובת אחרת: שם _____ קרבה _____

ישוב	רחוב/תא דואר	מספר בית	דירה	כניסה	מיקוד

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____

דואר אלקטרוני: littels@gmail.com

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני). במקום דואר רגיל, לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

האם מתגוררים אנשים נוספים איתך? ☐ לא ☒ כן אם כן נא למלא:

שם משפחה	שם פרטי	קשר לתובע	מס' זהות איש קשר
לוי	נחמה	בן	051941359

☐ אני מתגורר במסגרת מוסדית

☐ אני מתגורר במוסד בקיבוץ

שם המוסד _____

כתובת המוסד _____

תאריך כניסה _____

ככל שצטרך אישור מהמוסד, נפנה אליך על מנת למלא טופס ייעודי

4 הערכת תלות

הערכת תלות תבוצע ע"י מעריך מוסמך מטעם הביטוח הלאומי. ההערכה תתייחס למידע הרפואי שצרפת לתביעה. במידת הצורך המעריך יתקשר אליך ולאישי הקשר המכיר את מצבך הרפואי ויתאם מועד להשלמת המידע בטלפון או בביקור הערכה בביתך.

☒ אני מעדיף שמעריך ישלם מידע על מצבי בשיחת טלפון

☐ מעדיף שמעריך ישלם מידע על מצבי בבית

מבקש שאת הערכת תלות יבצע: ☐ מעריך ☐ מעריכה ☐ אין לזה חשיבות

5 הגשת תביעה לפני אשפוז או במהלך אשפוז

☐ לפני אשפוז, תאריך האשפוז המתוכנן _____

☐ במהלך אשפוז, שם בית החולים: _____ מחלקה: _____ תאריך שחרור מתוכנן: _____

פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי

6

האם מצבך נגרם כתוצאה מתאונת דרכים? ☐ כן ☐ לא
האם מצבך נגרם כתוצאה מאירוע תאונתי אחר (רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר וכד')? ☐ כן ☒ לא

תאריך התאונה: 22/7/24 חובה לענות על שאלות אלו
מקום התאונה: כביש המדנה 15
נסיבות אירוע התאונה: פחית סדר חציה נסיון

עורך הדין המייצג אותך בתביעה:

שם: _____ טלפון: _____ טלפון נייד: _____
כתובת: _____

הצהרה על הכנסות

7

אני מצהיר שמקורות ההכנסה שלי הם מ: ☐ שכיר ☐ עצמאי ☒ פנסיה ☐ אין הכנסות

אני מצהיר שמקורות ההכנסה של בן/בת זוגי הם מ: ☐ שכיר ☐ עצמאי ☐ פנסיה ☒ אין הכנסות

אני מצהיר שלי ולבן/בת זוגי יש הכנסות שלא מעבודה:
☐ הכנסות משכר דירה ☐ קצבה סוציאלית מחו"ל
☐ תגמולים אחרים ☐ אין הכנסות
נא לצרף מסמכים על מקורות ההכנסה שציינת.

לצורך בדיקת זכאותך לקצבה, ייתכן שנפנה באופן יזום למעסיקיך, לרבות כאלו שהיו לך או שהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב)
אם אינך מסכים, ציין זאת: ☐ אני התובע מסרב (נשוי/ידוע בציבור)
לכך שתפנו לקבל את נתוני ההכנסות באופן דיגיטלי.
ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

הוצאות קבועות שלי ושל בן/בת זוג

8

☐ החזקה במסד ☐ דמי מזונות ☐ תשלום שכר דירה (אם יש יותר מנכס אחד)

* הניכוי יבוצע רק לאחר המצאת אישור

הערה: לתשומת לבך בעלי הכנסה מהשכרת דירה המתגוררים בדיור מוגן – יש להמציא אישור מהדיור המוגן על מרכיב הוצאות הדיור בלבד בתשלום החודשי.

קבלת תשלום או שירותים בעבור טיפול אישי או עזרה בבית ממשרד הביטחון

9

☒ לא מקבל ☐ מקבל: ☐ תשלום כספי ☐ שירותים

פרטי חשבון בנק כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני הפרטי:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
מזכ"ל	31 / אלה	814	05964911

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני הפרטי

ברשותי חשבונות בנק נוספים ☒ לא ☐ כן, בנק ☐ סניף ☐ מס

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את הפרטים של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך 15/9/24 חתימת מקבל התשלום לה אלה * 05964911

הצהרת התובע או מגיש התביעה

אני החתום מטה תובע גמלת סיעוד ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה 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 ע"י העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים. כמו כן, אני מצהיר בזה, כי פרט להכנסות שצוינו לעיל אין לתובע או לבן/בת/זוגה הכנסות נוספות.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

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

תאריך 15/9/24 שם פרטי ומשפחה לה אלה * 05964911 חתימת התובע / מקבל הגמלה / מגיש התביעה לה אלה

עמוד 6 מתוך 8

חותמת קבלה		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' זהות / דרכון 78 סוג המסמך דפים		

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: סיעוד

1 פרטים אישיים של המבוטח		קוד גמלה
מספר זהות/דרכון	1051693596	96
תאריך תביעה	שנה חודש יום	שם פרטי
שם משפחה		
חבר בקופת חולים: ☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

2 הצהרת המבוטח או האפוטרופוס	
אני הח"מ, מצהיר שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, או האפוטרופוס של המבוטח, להלן הפרטים האישיים של האפוטרופוס:	שם פרטי
שם משפחה	051693596 מספר זהות
מוותר על הסודיות הרפואית שלי ו:	
1. נותן בזה את הסכמתי למסור לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי אודותיי.	
2. נותן בזה את הסכמתי למסור לביטוח לאומי, למסור לנותן השירותים שיספק לי את שירותי סיעוד, מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.	
3. נותן בזה את הסכמתי למסור לביטוח לאומי, למסור לרשות ההגירה ולקבל מרשות ההגירה, מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.	
4. נותן בזה את הסכמתי למסור לביטוח לאומי, למסור למחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית ולקבל מהמחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, לרבות מידע על גמלת הסיעוד, לו אקבלה.	
5. נותן בזה את הסכמתי למסור לביטוח לאומי, למסור לקופ"ח שבה אני מבוטח ולקבל ממנה: מידע רפואי וסוציאלי אודותיי הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד, ואת התוצאות של הערכות התלות שתערכנה בגין תביעה זו.	
ולראייה באתי על החתום	
חתימת המבוטח או האפוטרופוס * <u>אלה ארול</u>	