

## תביעה למתן שיקום מקצועי

ביטוח לאומי - שיקום  
מספר בקשה: 200959

## מידע והנחיות

שדות המסומנים בכוכבית (\*) הם שדות חובה

## תביעה לקבלת שיקום מקצועי

הטופס מיועד להגשת בקשה לסיוע בתהליכי שיקום שונים לקראת השתלבות במעגל העבודה.

## לידיעתך,

- שלב ראשון בתהליך הינו אישור הזכאות לשיקום.
- הגמלה תשולם לתקופה שאינה עולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה..
- להורדת המסמך בערבית לחץ כאן. לאחר המילוי יש לסרוק ולצרף את המסמך החתום בחלק ההצהרות והשליחה.

## צירוף קבצים (מסמכים ואישורים)

- בהעלאת מספר קבצים, יש להקפיד לצמצם את נפח הקבצים. נפח כולל של כל הקבצים המצורפים (צירופות) שניתן להעלות - עד 60MB.
- ניתן לשלוח מסמכים מהסוגים הבאים: **Png, Pdf, Bmp, Jpg, Gif, Tif, Tiff, Jpeg**.
- יש להקפיד שאיכות הצילום או הסריקה של המסמכים אותם ברצונך להעביר תהיה ברורה באופן שניתן יהיה לקרוא את המידע.
- **לידיעתך**, קובץ המוגן בסיסמה לא ייקלט במערכת, גם אם צירוף הקובץ ושליחתו עברו בהצלחה.

## תמיכה והתקשרות

תוכל למצוא מידע מקיף על 'שיקום מקצועי' באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי.

למוקד תמיכה בנושאים טכניים לגבי הטופס (כגון: שמירה, הדפסה וצירוף קבצים) יש להתקשר **מטלפון נייד** למספר: 1299 בימים: א'-ה' בין השעות 8:00-19:00.

מידע על דרכי ההתקשרות עם סניפי הביטוח הלאומי ניתן למצוא ב'סניפים וערוצי שירות'.  
 לשאלות בנושאי זכויות ושירות: מוקד הארצי של הביטוח הלאומי \*6050 או 04-8812345 (ימים א'-ה' בין השעות 8:00-17:00)  
 ניתן גם לפנות אלינו באמצעות אתר הביטוח הלאומי באינטרנט דרך 'צור קשר'.

## הגנה על פרטיות

הביטוח הלאומי פועל על לפי חוק הגנת הפרטיות, בהתאם לכך, המידע המתקבל בביטוח הלאומי נשמר במאגרי המידע המנוהלים כדין ומשמש לצורך מתן שירותים, טיפול בפניות הציבור, עמידה בחובות המעוגנות בחוק ושיפור השירות.

למידע נוסף אודות מדיניות הצהרת הפרטיות לחץ כאן.
☒ קראתי ואני מסכים למדיניות הפרטיות של הביטוח הלאומי.

## פרטי התובע

## פרטי התובע

אני מוכר בביטוח הלאומי כ:

☐ אסיר ציון

☐ נפגע עבודה

☒ נכה כללי

☐ בן/בת זוג של נכה שאינו ניתן לשיקום

☐ מתנדב

☐ אלמן/אלמנה המוכר על פי הביטוח הלאומי

☐ הורה לילד נכה שנפטר

☐ נפגע פעולות איבה

## פרטי התובע

|                                                                                                                                                                                                                            |                               |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| שם פרטי                                                                                                                                                                                                                    | שם משפחה                      | מספר זהות (כולל ספרת ביקורת) |
| לירן                                                                                                                                                                                                                       | דבור                          | 215407297                    |
| מין                                                                                                                                                                                                                        | תאריך לידה                    |                              |
| <input checked="" type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה                                                                                                                                                            | 24/02/2006                    |                              |
| מספר טלפון נייד                                                                                                                                                                                                            | הזנה חוזרת של מספר טלפון נייד | מספר טלפון נוסף              |
| 054-7948046                                                                                                                                                                                                                | 054-7948046                   | 054-5268727                  |
| דואר אלקטרוני                                                                                                                                                                                                              |                               |                              |
| frei.ariel@gmail.com                                                                                                                                                                                                       |                               |                              |
| אימות דואר אלקטרוני                                                                                                                                                                                                        |                               |                              |
| frei.ariel@gmail.com                                                                                                                                                                                                       |                               |                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> אני מסכים לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים דיגיטליים (הודעות טקסט ודואר אלקטרוני). במקום בדואר רגיל <input type="checkbox"/> הכתובת למכתבים שונה מהכתובת המעודכנת ברשות האוכלוסין |                               |                              |

### פרטי חשבון הבנק של התובע

אם יגיעו לי תשלומי שיקום, אני מבקש להעבירם לחשבון בנק זה:

שם מלא בעל חשבון

|           |
|-----------|
| לירן דבור |
|-----------|

☐ בעלים נוספים בחשבון הבנק

שם בנק

|                             |                                |                 |
|-----------------------------|--------------------------------|-----------------|
| מספר/שם הסניף               | מספר חשבון (ללא תווים מיוחדים) | מרכנתיל דיסקונט |
| 753 - ראשי חורפיש 0, חורפיש | 0099453896                     |                 |

### סיבות הפנייה

#### סיבות הפנייה

הסיבות לפנייתי לשיקום מקצועי

|                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| הייתי מעורב בתאונה קשה עם חבלת ראש, כריתה חלקית של הגולגולת ואשפוז ארוך וממושך. נפגעתי בהיותי כבן 17 ובמקום לסיים לימודים כמו כולם ולהתגייס לצבא אני נזקק לטיפולים רפואיים ומעקב רפואי. אני צריך ורוצה ע |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

יש לי בקשות/הצעות מיוחדות בקשר לתהליך השיקום שלי

|                               |
|-------------------------------|
| אני מאוד רוצה לקבל כלים ועזרה |
|-------------------------------|

יש לי זכאות במימון הלימודים מגורם אחר

☐ כן

☐ לא

☒ לא יודע

### נהלים ותשלומים

להלן מפורטים נהלים הקשורים להשתתפות באבחון, בלימודים ובקבלת תשלומי השיקום. אתה מתבקש לקרוא את הנהלים בעיון, להסכים לפעול לפיהם ולאשר זאת בחתימתך.

נהלים

1. אנו מאשרים לימודים או הכשרה במוסדות לימוד ובמקצועות מוסדרים, מוכרים ובפיקוח, שקיבלו אישור מהגורם הממשלתי הרלוונטי להעניק תעודה או תואר בסיום הלימודים או ההכשרה, וכן במשך הזמן המקובל לקבלת התעודה המקצועית או התואר. במידה ומדובר בהכשרה שאינה בפיקוח משרד ממשלתי, התכנית תיבדק באופן פרטני.

2. אחר גיבוש התכנית עם עובד השיקום, עליך להמציא את כל המסמכים הרלוונטיים, כדי שיהיה אפשר לבחון את פרטי התכנית ולאשרה - אישור ההכרה של מוסד הלימודים, פרטי התכנית, מערכת השעות, פירוט שכר הלימוד, מספר הצעות מחיר בהתאם לנדרש ואישור הקבלה ללימודים.

3. עליך להשתתף בכל הפעילויות והמטלות הנדרשות במקום האבחון, ההכשרה, הלימודים או תכנית ההשמה בעבודה.

4. משנקבע תאריך לביצוע אבחון, התחלת לימודים וכדומה, עליך להגיע למקום בזמן ובאופן קבוע. מחובתך להודיע **מראש** למקום האבחון או הלימודים וכן לעובד השיקום, אם נבצר ממך להגיע.

5. עליך לעדכן בכתב או בשיחה את עובד השיקום לפחות אחת לחודש על התקדמות תהליך ההכשרה או הלימודים, ציונים, בעיות, קשיים, הפסקת לימודים. כמו כן אתה מתבקש להודיע מיד במקרה של אי עמידה בהתחייבות בית הספר לתכנית הלימוד. כל זאת כדי שניתן יהיה לתת לך מענה מתאים.

## לידיעתך

1. אי עמידה בתנאים מסוימים עלולה להביא להפסקת התכנית: לדוגמא: אי הצלחה בלימודים, אי התאמה לתכנית, חיסורים, איחורים, ימי לימודים לא מלאים וכדומה.

2. בנכות זמנית - במידה ואחוזי הנכות הזמניים יופחתו, תיבדק מחדש זכאותך להמשך תכנית הלימודים והתשלומים הנלווים. עובד השיקום רשאים להפסיק את התוכנית שנקבעה.

3. קורס חוזר יאושר רק אם נכשלת בקורס זה בשל נסיבות רפואיות מוצדקות.

4. כל שינוי בתכנית השיקום שאושרה מחייב אישור מראש והסכמה של עובד השיקום.

5. שינוי ללא אישור עובד השיקום לא יחייב אותנו באישור התכנית ובמימון ההוצאות הנגזרות מהשינוי.

6. בסיום ההכשרה עליך להמציא תעודת גמר.

## תשלומים

1. כל הוצאה או תשלום, יתואמו מראש עם עובד השיקום ובאישור מוקדם.

2. תשלומי השיקום שאושרו לך יבוצעו בהתאם לאישורים ואסמכתאות אותם תתבקש להמציא במהלך התוכנית (כגון הצהרות, דיווחי נוכחות, קבלות וכדומה)

3. במידה ותידרש להמציא דיווח נוכחות חודשי הוא צריך להיות בהתאם לנוכחותך בפועל בלימודים, ובהתאמה למערכת השעות שהגשת ושאושרה לך לפני תחילת התכנית או שנת הלימודים, או במהלכה אם השתנתה התכנית.

4. יש למלא את דף הנוכחות על פי כללי מילוי המחאה : **ללא מחיקות, בכתב ברור, חתימה וחותמת של מקום ההכשרה.**

5. דמי השיקום ישולמו גם בעת חופשה מרוכזת במהלך הלימודים (אך לא בחופשת הקיץ). בנוסף ישולמו עד שני ימי מחלה בחודש בהמצאת אישור רפואי מתאים. דמי שיקום לא ישולמו בעת היעדרות מיום לימודים.

6. אם שכר הלימוד שעליך לשלם עולה על שכר הלימוד שאושר לך, החזר התשלום ייעשה רק לאחר שתציג קבלה על תשלום ההפרש שאותו התחייבת לממן באופן עצמי, או החזר יחסי במהלך הלימודים.

7. אם אושרו לך הסעות מיוחדות באמצעות חברת הסעות שבחר הביטוח הלאומי, מחובתך להודיע **מראש** לחברת ההסעות על כל שינוי או ביטול. אם לא תעשה כן תחויב במלוא עלות הנסיעה.

8. בקשות להחזר בעבור תשלומי שיקום שאושרו לך (לדוגמא שכר לימוד, נסיעות, ציוד לימודי, שיעורי עזר), יש להגיש **עד חודשיים** מעת התשלום בפועל, ובצירוף האסמכתאות הנדרשות.

9. **לידיעתך**, במקרה של איחור בהגשת הבקשות, תשלומי השיקום ישולמו לכל היותר בתוך שנה ממועד התשלום בפועל, **לאחר מועד זה לא ניתן יהיה לבצע החזר תשלום.**

• אם קיבלת כספים בטעות או שלא כדין יהיה עליך להחזירם.

• במידה ונקבעו לך אחוזי נכות רפואיים כנכה כללי לפי סעיף 8(א1)(2)(ג)(4) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי - בתקופה בה הנך מקבל דמי שיקום ו/או תשלומי שיקום, אתה פטור מתשלום השתתפות עצמית עבור שירותים רפואיים שונים בקופות החולים. לבדיקת הזכאות יש לפנות לקופת החולים ולא לביטוח הלאומי.

**אנו מאחלים לך הצלחה רבה, ועומדים לרשותך לאורך כל הדרך**

## תשלומי שיקום

**בתכנית לאבחון ולהכשרה מקצועית אתה עשוי להיות זכאי לתשלומי שיקום, בהתאם לחוק ולתקנות והוראות השיקום**

### תשלומים אפשריים ותנאי הזכאות

- שכר לימוד -** עד לסכום מרבי לשנת לימודים או לקורס, אשר נקבע מעת לעת. ההחזר הוא בתשלומים, בהתאם להתקדמות התכנית. עליך להודיע על זכאות לסיוע מגורם נוסף או אחר במימון הלימודים (כגון מלגות, הנחות). ייתכן כי סכום זה יופחת מתשלום שכר הלימוד שתקבל מאגף שיקום.
- דמי שיקום -** למקבלי שרות המוכרים בנכות כללית או נפגעי עבודה - גמלה חודשית בתקופת הלימודים, בשיעור של קצבת נכות מלאה אילו שולמה. אתה זכאי לדמי שיקום אם אתה לומד לפחות 16 שעות לימוד שבועיות, ואינך מקבל קצבת נכות מלאה. לחישוב שעות הלימוד יש לפנות לעובדת השיקום.
- אם אתה מקבל קצבת נכות חלקית, דמי השיקום יהיו השלמה לקצבה מלאה.
- מדמי השיקום מופחתות גמלאות מחליפות שכר המשולמות לך בזמן הלימודים (דמי פגיעה, אבטלה, מילואים, לידה, שמירת הריון ודמי תאונה) וכמוכן עשויות להיות מופחתות הכנסות מעבודה.
- דמי מחיה לאלמנות או אלמנים, להורים לילד נכה שנפטר, ולבן או בת זוג של נכה שאינו מתאים לשיקום -** גמלה חודשית בתקופת הלימודים. הזכאות ושיעורה תלויים במספר שעות הלימוד, במספר הילדים ובמרחק של מקום הלימודים ממקום המגורים.
- שכר דירה או מעונות -** השתתפות בשכר הדירה או המעונות תקפה רק אם בוצע מעבר דירה לצורך הלימודים ואתה לומד לפחות 3 ימים ולפחות 16 שעות בשבוע, במרחק העולה על 40 ק"מ ממקום מגוריך הקבוע. על הדירה או המעונות להיות בסמיכות למקום הלימודים. שיעור ההשתתפות הוא עד לסכום מרבי שנקבע מעת לעת.
- נסיעות -** החזר נסיעות ממקום המגורים למקום האבחון או ההכשרה הוא לפי תעריפי התחבורה הציבורית הזולים ביותר (או החזר על פי ק"מ למי שברשותו רכב ניידות). לנכים קשים שאינם מסוגלים, מסיבה רפואית, להשתמש בתחבורה ציבורית ואין ברשותם רכב ניידות, תיבדק אפשרות לתת הסעות מיוחדות.
- ספרים וציוד לימודי -** שיעור ההשתתפות ברכישת ספרים וציוד לימודי הוא בהתאם לצורך העולה מתכנית הלימודים, ועד לסכום מרבי שנתי, שנקבע מעת לעת ובהתאם לאישור עובד השיקום לבקשה זו.
- מכשירים -** סיוע ברכישת מכשיר הנדרש ללימודים שהוא חיוני עקב הנכות הרפואית תפקודית. הסיוע עד לסכום מרבי שנקבע מעת לעת, ויש לקבל מראש אישור עובד השיקום לבקשה זו.
- שיעורי עזר והנגשות -** סיוע בשיעורי עזר, חונכות, הדרכה באסטרטגיות למידה ומלווה בהכשרה, וכן בתחומים נוספים הנדרשים לך בשל הקשיים התפקודיים הנובעים מנכותך: תרגום לשפת סימנים, תמלול, הקראות ושקלוט.
- ההיקף המרבי של שיעורי העזר וההנגשות תלוי במספר שעות הלימוד הכולל בתכנית הלימודים, וניתן על ידי ספקים שנבחרו על ידי אגף השיקום או על ידי מרכזי התמיכה במוסדות הלימוד. הסיוע יינתן באישור מראש של עובד השיקום.
- הוצאות כלכלה -** החזר בעבור כלכלה בימים בהם אתה נדרש כחלק מלימודיך לנסוע למרחק של למעלה מ-10 ק"מ לפחות משטח השיפוט של מקום לימודיך הקבוע, ומקום זה הוא גם מחוץ לשטח השיפוט של מקום מגוריך.

### לידיעתך

**בדמי מחיה ובדמי שיקום -** הזכאות בתקופת הלימודים בפועל בלבד. אין זכאות בתקופת חופשת הקיץ, בין שנת לימודים אחת לשנייה. באחריותך לבדוק את זכאותך לגמלת הבטחת הכנסה בתקופת הלימודים (במידה ואינך זכאי לדמי שיקום או דמי מחייה) ובתקופת החופשות, וזאת בטרם תחליט על תכנית הלימודים.

לפירוט נוסף ולבדיקת זכאותך יש לפנות מראש לפקיד השיקום.

☒ אני מאשר שקראתי והבנתי את כל פרטי הנהלים והמידע המפורט, ומתחייב לעמוד בכל האמור לעיל.

## הצהרות ושליחה

### הצהרת התובע

• ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בידעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

• ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי למענק או על יצירת חוב ועל כן, אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום, על ידי פניה לסניף הביטוח הלאומי הקרוב למקום מגוריי.

• אני מסכים כי הביטוח הלאומי יפנה לבנק שאת פרטיו ציינתי בטופס, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי ושהבנק ו/או עובד מטעמו ימסור לביטוח הלאומי את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי.

• ידוע לי כי הביטוח הלאומי רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לו וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

• אני מסכים שהבנק שפרטיו לעיל יחזיר לביטוח הלאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור לו את פרטיהם של מושכי התשלומים.

☒ בסימון תיבה זו אני מצהיר על הסכמתי לכל הכתוב לעיל.

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

## מסמכים ואישורים

### אישורים לבקשה 1

שם מסמך

אישור ניהול חשבון

טען קובץ

אישור ניהול חשבון לירן.pdf KB 134

## חתימה

שדה חתימה ידנית



תאריך חתימה

27/10/2025

הטופס מיועד לשני המינים כאחד, אך לעיתים מנוסח בלשון זכר או נקבה.

טופס זה מכיל מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות.