

עמוד 1 מתוך 2

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

חותמת קבלה

18.06.25

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף שיקום
תביעה לתשלום קצבה
מיוחדת לנפגע עבודה



שים לב: עליך לצרף לבקשה דוחות רפואיים עדכניים שיתייחסו למצבך הרפואי, לאשפוזים שהיו בשנים האחרונות, לטיפולים אשר אתה מקבל ולקשייך התפקודיים הנבעים מפגיעת העבודה שלך.

1

פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
אלקרינאוי	נמר	7 2 2 5 5 4 1 0 2
תאריך הפגיעה	מצב משפחתי:	מס' ילדים מתחת לגיל 18
19/06/2024	☐ רווקה ☐ אלמנה ☐ פרודה	5
שנה חודש יום	☒ נשואה ☐ גרושה ☐ עגונה ☐ ידועה בציבור	שנה חודש יום
74.15	☐ אחוזי נכות שנקבעו	☐ זמניים עד לתאריך
האם הינך מקבל:	☐ קצבה לשירותים מיוחדים	☐ קצבת סיעוד
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)	☐ קצבת ניידות	☐ עזרת הזולת
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
אלסלאם	31	דירה
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
	0534240613	@

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
האם כתובת בן/בת הזוג זהה לכתובתך?	☐ כן ☐ לא	האם הנך בעל רישיון נהיגה בתוקף?	☐ כן ☐ לא	האם בבעלותך או ברשותך רכב?	☐ כן ☐ לא

2

אם המבוטח מיוצג ע"י עו"ד או חברה או אם אינו יכול להגיש תביעה עקב מצבו הבריאותי, על מגיש התביעה למלא את הפרטים הבאים:

פרטי מגיע התביעה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
פרייברג	אריאל	0 6 6 6 3 0 9 3 0
יחס קרבה לתובע	טלפון להתקשרות	דואר אלקטרוני
☐ קרוב משפחה ☐ אפטרופוס ☒ עו"ד ☐ חברה מייצגת ☐ אחר:	037412358	office@freiberg-law.co.il
☒ יפוי כוח ☐ צו אפטרופסות ☐ פסק דין ☐ אחר:	תאריך	חתימה
אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצרף העתק	10.6.25	אריאל פרייברג, עו"ד

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

בל 266 (01.2022)

3 נימוקים לתביעה

3

אנא פרט את מצבך התפקודי בתחומי הניידות, הלבשה, רחצה, אכילה, שליטה על סוגרים והצורך שלך בהשגחה או בהסעות מיוחדות שלא בתחבורה ציבורית:

מחמת התאונה ותוצאותיה התובע אינו מסוגל להתהלך ללא תמיכה/עזרים. הוא נזקק לתמיכה, הסעות וליווי בהיקף יומיומי, עזרה בביצוע מטלות יומיומיות והסעה לבדיקות, טיפולים ומעקב רפואי אינטנסיבי לו

הוא נדרש. הוא נזקק לנטילת משככי כאבים נרקוטיים וקנאביס כמו גם תרופות פסיכיאטריות והוא זקוק לעזרה רבה בהיקף משמעותי מאוד

לידיעתך, בתביעה לבדיקה מחדש, רשאי המוסד לבחון את הזכאות לקצבה המיוחדת המשתלמת לך.

4 פרטי חשבון הבנק

4

שמות השותפים לחשבון

נמר אלקרינאוי

שם הבנק לאומי	שם הסניף / כתובתו אופקים	מס' סניף 789	מספר חשבון 3140703
------------------	-----------------------------	-----------------	-----------------------

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה. 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 פרטי מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/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 10.6.25 שם השותף/ים מס' ת.ז. חתימה  x

5 הצהרה

5

הריני מצהיר שהפרטים בבקשה זו הינם נכונים ומלאים

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי כי כל פעולה או התחייבות שתיעשה על ידי בעניין הבקשה בטרם אישורה הינה על אחריותי בלבד. ידוע לי שאם תאושר בקשתי עלי להשתמש בכספים שאקבל אך ורק למטרה שפורטה. אני מאשר כי אני מקבל עלי את כל ההתחייבויות הקשורות בקבלת הסכום.

תאריך 10.6.25 חתימת התובע  x

לשימוש המוסד

נתקבל ביום 18/6/25 שם העובד המטפל מר מלואי יואל אלון

% 95 נכות זמנית מתאריך עד תאריך
% נכות צמיתה מתאריך עד תאריך

אבחנה רפואית

מצ"ב: ☒ דו"ח פקיד שיקום ☒ דו"ח הערכת סיעוד ☐ נספח תפקודי תחום ע"י רופא פקיד שיקום

רמת סיוע מומלצת

הנמקה: ממקל קטן גרבי שנה אחורה

תאריך 8/8/25 שם וחתימת פקיד שיקום מר מלואי יואל אלון x

שם וחתימת מנהל תחום שיקום מר מלואי יואל אלון x

החלטת המשרד הראשי: רמת סיוע מאושרת בתחולה מיום 1.6.24

הנמקה: מלואי יואל אלון מ/א/ח/ת דרגה סיוע 1.6.24 (טני רטון)

תאריך 8.9.25 שם וחתימה מר מלואי יואל אלון x



המוסד לביטוח לאומי

סניף ק"ש

תאריך 25/8/25

מספר

טל

אל: נוסף תמונה

מאת: במהלך שובי ונחל סולמית

הנדון: נמך אלקוואל 201455227 - תמונה

מהערכה גסקוויג קלה, ה.מקשה, זכמה קלה, גסקוויג

פאקור, פיום יום, יחזקאל, דא, מקלמ, דתל, מ"צ"ן

ה.מקשה, דמחזורה, ציגור, אס.הטלמ, הדמור

מ.חוק, הורג, האטורוס, מהמקום, שדל, נצח, אכזה, מקשה

דמ.ציון, המקשה, ארמק, וארמק, דמ.ציון, דמ.ציון, דמ.ציון

מ.חוק, א.מ.חוק, האטורוס, דמ.ציון

היום, ישרה, ה.צוקה, א.מ.חוק, האטורוס, דמ.ציון

א.מ.חוק, דמ.ציון, דמ.ציון, דמ.ציון

מ.חוק

ה.מ.חוק

25/8/25: א.מ.חוק, א.מ.חוק, א.מ.חוק, א.מ.חוק

ש.מ.חוק, א.מ.חוק, א.מ.חוק, א.מ.חוק

ה.מ.חוק, א.מ.חוק

ד"ר ליציון קלמנוביץ

בעל דפואי בנכות מעבודה

ביטוח לאומי, סניף באר שמועמיה

מספר רישיון: 14642

שם החותם



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – אגף שיקום

נספח תפקודי המלצה לקצבה מיוחדת - ימולא ע"י פקיד שיקום ורופא מוסמך

שם ומשפחה אליעזר ארי ת.ד. 201455227

לקביעת רמת סיוע קל (א) בדרשת עזרה לפחות בשני תחומי תפקוד בפעולות היום יום, לאדם שהליקיו המוכר הינו עיוורון יש לקבוע רמת סיוע קל לכל הפחות.
לקביעת רמת סיוע בינוני (ב) בדרשת עזרה ב-3 מתחומי פעולות יום יום או בתחום השגחה או בתחום הסעות מיוחדות כמפורט מטה.
לקביעת רמת סיוע מרובה (ג) בדרשת עזרה רבה בכל תחומי פעולות היום יום או בתחום השגחה או בתחום הסעות מיוחדות כמפורט מטה.
לקביעת רמת סיוע תלוי בזולת (ד) בדרשת תלות מוחלטת בכל פעולות היום יום.

פעולות יום-יום

תחום אכילה	תחום הלבושה	תחום רחצה	תחום שליטה על סוגרים	תחום נידות בתוך הבית	תחום השגחה	הסעות מיוחדות
1. אינו זקוק לסיוע. 2. אוכל בעצמו או זקוק לסיוע קל (עליו, מרביים, כפתורים, רוכסן וכדו'). 3. זקוק לסיוע בהכנת בשר, ביצוע הפעולות. 4. זקוק לדירבונן/השגחה בעת ביצוע הפעולות.	1. אינו זקוק לסיוע. 2. מתלבש בעצמו או זקוק לסיוע קל (עליו, מרביים, כפתורים, רוכסן וכדו'). 3. זקוק לסיוע בהכנת הבגדים. 4. זקוק לדירבונן/השגחה בעת ביצוע הפעולות.	1. אינו זקוק לסיוע. 2. מתרחץ בעצמו או זקוק לסיוע קל (תפיפת שיער, גילוח וכדו'). 3. זקוק לסיוע בהכנת חדר האמבטיה (תכשירי רחצה, מגבת, ויסות מים וכדו'). 4. זקוק לדירבונן/השגחה בעת ביצוע הפעולות.	1. אינו זקוק לסיוע. 2. מצטרף את עצמו. 3. משתמש בקיסטר קבוע וזקוק לסיוע ברחצונות עומן. 4. למרות הקיסטר ישנה בריחת שתן בתדירות של לפחות אחת לשבועיים.	1. אין קשיי נידות. 2. מתקשה בהליכה ממטבח ואו בעליית מדרגות. 3. נעזר באביזר (פרוטזה / מקל) באופן קבוע/מומני.	1. זקוק לליווי מחוץ לבית או להשגחה בבית במרבית שעות היום – עלול לסכן את עצמו ואחריו. 2. זקוק לקביעים או הלכוון לצורך נידות.	1. זקוק להשגחה מתמדת (מסכן בצורה ממשית את עצמו ואת הזולת).

1. זקוק לסיוע רב בהכנת האוכל והגשתו. 2. מסוגל לאכול בעצמו, אך במאמץ רב.	1. זקוק לעזרה רבה בהלבוש פלג גוף תחתון או עליון. 2. מסוגל להלבוש פלג גוף עליון.	1. זקוק לעזרה רבה בהלבוש פלג גוף תחתון ועליון. 2. מסוגל להלבוש פלג גוף עליון.	1. סוגל לברירת שתן/צואה וזקוק לעזרה בהחלפה/ניקיון/צנתור. 2. משתמש במוצרי ספיגה.	1. מתקשה בהליכה למרחקים קצרים ואו בעליית מדרגות. 2. זקוק לקביעים או הלכוון לצורך נידות.	1. זקוק לליווי מחוץ לבית או להשגחה בבית במרבית שעות היום – עלול לסכן את עצמו ואחריו. 2. זקוק לקביעים או הלכוון לצורך נידות.	1. זקוק להשגחה מתמדת (מסכן בצורה ממשית את עצמו ואת הזולת).
סייע בינוני (תקנה 10 ב') רמה ב'	סייע בינוני (תקנה 10 ב') רמה ב'	סייע בינוני (תקנה 10 ב') רמה ב'	סייע בינוני (תקנה 10 ב') רמה ב'	סייע בינוני (תקנה 10 ב') רמה ב'	סייע בינוני (תקנה 10 ב') רמה ב'	סייע בינוני (תקנה 10 ב') רמה ב'

1. זקוק לסיוע מלא בהכנת האוכל והגשתו. 2. זקוק לעזרה רבה מאוד בזמן ההאכלה.	1. זקוק לעזרה רבה בהלבוש פלג גוף תחתון ועליון. 2. מסוגל להלבוש פלג גוף עליון.	1. זקוק לעזרה מלאה בהלבוש - תלוי בזולת. באופן מוחלט.	1. אינו שולט לחלוטין על סוגר אחד ותלוי לחלוטין בעזרת הזולת.	1. מתהלך בקושי רב גם בתוך הבית (נעזר באביזר). 2. מרותק לכסא גלגלים או מנייד את עצמו.	1. זקוק להשגחה מתמדת (מסכן בצורה ממשית את עצמו ואת הזולת).	1. זקוק להשגחה מתמדת (מסכן בצורה ממשית את עצמו ואת הזולת).
תלוי בזולת (תקנה 10 ב') רמה ד'	תלוי בזולת (תקנה 10 ב') רמה ד'	תלוי בזולת (תקנה 10 ב') רמה ד'	תלוי בזולת (תקנה 10 ב') רמה ד'	תלוי בזולת (תקנה 10 ב') רמה ד'	תלוי בזולת (תקנה 10 ב') רמה ד'	תלוי בזולת (תקנה 10 ב') רמה ד'

הערות:

שם עובד השיקום והחניכה: רחל רזניץ שם הרופא והחניכה: ד"ר אריאל
תאריך החלטת משרד ראשי: 8.9.25 רמת סיוע מאושרת: 7 תאריך תחילת הפעולה: 21/8/25
תאריך תחילת הפעולה: 21/8/25 רמת סיוע מומלעת: ב תאריך תחילה: 11/6/24