



תביעה להכרה כנכה נזקק לפי תקנה 18א'

חובה לצרף לטופס זה

- שכיר – אישור המעסיק כמפורט בעמוד 2 בטופס תביעה זה.
- עצמאי/ בעל שליטה – דוחות מע"מ לתקופה המבוקשת בתביעה זו.
- ניתן לצרף כל מסמך רלוונטי אחר – אישור רופא תעסוקתי / תעודות רפואיות לתקופה המבוקשת / מסמכים רפואיים אחרים.

לידיעתך

- הכרה כנכה נזקק יכול לקבל מי שוועדה רפואית קבעה לו דרגת נכות זמנית.
- נכה נזקק הוא מי שעונה על שני התנאים הבאים:
 - אין לו סיכוי סביר ומסוגלות לעבוד בעבודה כלשהי.
 - אין לו הכנסה - מעבודה כשכיר או כעצמאי (עצמאי שהעסק שלו פעיל, אף אם אינו עובד בו בפועל, נחשב כמי שיש לו הכנסה מהעסק) או מגמלה מחליפת שכר.
- את התביעה יש להגיש עד 12 חודשים מהמועד בו נקבעה דרגת נכות זמנית.
- באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני. במקום מכתב בדואר, יישלח אליך אי מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.

כיצד יש להגיש את התביעה

- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - 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 וביירוטים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נפגעי עבודה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג
המסמך

שנה 16 חודש 6 יום 9
שנה 16 חודש 1 יום 5

תביעה להכרה כנכה נזקק

תאריך הפגיעה בעבודה

1

פרטי התובע

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות

ס"ב

ברידו

גבריאלי

3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 6 | 7 | 4 | 3

2

פרטים על עיסוקי לפני הפגיעה – נא סמן במקום המתאים

☒ שכיר – מקום העבודה ע.נור הובלות ומסחר כללי בעמ

מעמד: ☐ זמני ☐ קבוע

ותק במקום העבודה: 1/3/2016 . מקצוע נהג משאית - נהג מוביל-מנופאי

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

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

☐ עצמאי/בעל שליטה ☐ העסק בבעלותי ☐ שותפות * יש לצרף דוחות מע"מ של העסק לתקופה המבוקשת

מצב העסק כיום: ☐ סגור ☐ הפעילות צומצמה ☐ אין שינוי בפעילות העסק

אני מעסיק עובדים: ☐ לא ☐ כן

ברצוני להוסיף על האמור לעיל: אני באי כושר מלא לעבודה עפ"י קביעת רופא תעסוקתי

3

הצהרה

אני מצהיר בזאת שבתקופה מתאריך 07/06/25 עד תאריך היום, לא הייתה לי כל הכנסה מן המקורות שלהלן: 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 ביועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך זה.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת www.btl.gov.il < יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות... אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותי מצדדי ג', בהתאם לדין.

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

תאריך 5.7.26 שם גבריאלי ברידו חתימה *

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 _____ תאריך תחילת התקשרות _____

שם המעסיק _____ מספר תיק ניכויים _____
 אני מאשר כי העובד _____ בעל מס' ת.ז. _____
 מועסק בתפקיד _____
 אופי העבודה _____
 לא עבד בתקופה מתאריך _____ עד תאריך _____
 הסיבה לכך _____
 האם קבל שכר בתקופה זו ☐ כן ☐ לא עבור _____
 הוצעה לו עבודה אחרת במפעל ☐ כן ☐ לא, הסיבה _____
 הערות: _____
 תאריך: _____ שם החותם ותפקידו: _____ חתימה וחותמת * _____