



הסבר לטופס בקשה להכרה בנכות

לייעול וקיצור הליך קליטת הבקשה אנו ממליצים להגיש את הבקשה להכרה באמצעות טופס מקוון
בכתובת [/https://recognition.mod.gov.il](https://recognition.mod.gov.il)

אם יש לך ייצוג של עורך דין - לא ניתן להגיש בקשה באמצעות הטופס הידני הזה אלא רק באמצעות טופס מקוון

אם בכל זאת בחרת להגיש את הטופס הידני לבקשה להכרת בזכות נכה בגין חבלה או מחלה, יש לקרוא את ההנחיות:

לפני שמתחילים – הסבר קצר על החוק

את הבקשה להכרה בנכות, יכול להגיש מי שנותרה לו נכות בעקבות חבלה או מחלה שארעה בזמן ועקב שירותו הצבאי, בשירות חובה, קבע, מילואים, משטרה, שירות בתי הסוהר או שירות ביטחוני אחר. הבקשה להכרת בנכות היא לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום) תשי"ט 1959 (נוסח משולב).

מידע לאנשי קבע ומקביליהם בכוחות הביטחון – משטרה, שב"ס, משרד ראש הממשלה

אנשי קבע ומקביליהם בכוחות הביטחון יגישו בקשה למשרד הבטחון רק במקרים האלה:

- **בקשה להכרה בגין חבלה או פוסט טראומה (PTSD)** תטופל במשרד הביטחון רק אם החבלה נגרמה בפעילות מבצעית, אימון לקראת פעילות מבצעית או אירוע אחר שאופיו, מהותו ונסיבותיו ייחודיים לשירות. כמו כן, אנשי ונשות קבע שנחבלו בזמן השירות ובעקבותיו (בשגרה, באימון או בפעילות מבצעית) עד ה-26.4.2017 (כולל) יכולים להגיש את הבקשה לאגף השיקום במשרד הביטחון.
- **בקשה להכרה בגין מחלה** תטופל במשרד הביטחון רק אם נגרמה כתוצאה מאירוע או מתנאי שירות שאופיים ומהותם ייחודיים לשירות ורק אם היא אחת מאלה:
 1. מחלה כתוצאה מחשיפה לחומר מסוכן, לקרינה מייננת או לקרינה אינפרא-אדומה;
 2. הידבקות במחלה כתוצאה מחשיפה למוצרי דם ונוזלי גוף במסגרת טיפול רפואי בתנאי שדה;
 3. פגיעה באברי השמיעה כתוצאה מאירועי רעש או מחשיפה לרעש, ובלבד שמקור הרעש הוא באמצעי לחימה.כמו כן, אם חלית בזמן השירות ובעקבותיו (כולל במחלות שלא הזכירו למעלה), ומחלתך אובחנה עד ה-31.12.2013 (כולל) באפשרותך להגיש את הבקשה לאגף השיקום במשרד הביטחון.

בשאר המקרים יש להגיש בקשה להכרה כנפגע עבודה בביטוח הלאומי.

הנחיות למילוי הטופס

משך זמן הטיפול בבקשתך מושפע, בין היתר, ממשך הזמן שעבר מאז השירות וממועד הפגיעה או קרות המחלה. ככל שנקבל ממך יותר פרטים ואת המסמכים הנדרשים כך יתקצר משך זמן הטיפול בבקשתך. עליך לעשות שני דברים:

1. **למלא את הטופס בדיוקנות, בדפוס או בכתב יד ברור ולחתום במקומות הנדרשים.** מומלץ מאוד לפרט בהרחבה את עובדות המקרה, ולציין שמות של מפקדים שהיו עדים למקרה (אם יש). אם אין בטופס מספיק מקום כדי למלא את כל הפרטים ניתן לצרף לו דפים נוספים.
2. **לצרף את כל המסמכים הנדרשים:** כדי לסייע לך לארגן את המסמכים הכנו **טבלה עם רשימת מסמכים** שיש לצרף לבקשה - בעמודה הימנית רשום באיזה **תנאי חובה לצרף מסמך** (לדוגמא: אם כבר השתחררת מהשירות). אם התשובה היא כן עליך לסמן לעצמך ☒ בעמודה "**חובה לצרף?**". אחרי שתשיג את המסמך ותצרף אותו לחבילת המסמכים שלך, עליך סמן ☒ בעמודה "**האם צרפתי?**" - כך יהיה לך קל לוודא שצרפת את כל המסמכים הנדרשים.

דרך זאב ז'בוטינסקי 94, פתח-תקווה 1529594, טלפון: 03-7776777,

WWW.SHIKUM.MOD.GOV.IL



רוצה סיוע ללא תשלום במילוי הטופס והגשת הבקשה?

מרכז בידיים טובות מעניק סיוע ללא תשלום בהגשת בקשה להכרה כנכי צה"ל, והכנה לוועדה הרפואית. השירות ניתן על ידי צוות מקצועי של רופאים מומחים בכירים בתחומים ומזכירות רפואיות.

השירות במרכז כולל:

- סיוע במילוי הבקשה להכרה בנכות במשרד הביטחון והכוונה לגבי איסוף המסמכים הדרושים
- הכנת התיק הרפואי
- הסבר על תהליך הטיפול בוועדה הרפואית
- הדרכה אישית על ההתנהלות וההופעה בפני הוועדה הרפואית
- אפשר לקבל את השירות גם בשיחת וידאו אונליין עם רופא מומחה.

לקביעת פגישה חייגו *3757 המוקד פעיל בימים ראשון עד חמישי בין השעות 8:00 עד 17:00.

מייל: beyadaintovot@femi.com

ניתן לפנות גם לגורמי הסיוע בהתאם לשירות שלך:

- **צה"ל** – מוקד "קשר עד" של מערך הנפגעים בצה"ל שמספרו 1111 (שלוחה 6). מסייעים במילוי הבקשה ובהמצאת מסמכים ומידע המצוי בידי צה"ל.
- **משטרת ישראל** – מדור נפגעים שמספרו 02-5428584 או 02-5428764. מסייעים במילוי הבקשה ובהמצאת מסמכים ומידע המצוי בידי המשטרה.
- **שירות בתי הסוהר** – מערך הנפגעים שמספרו 074-7830194. מסייעים בהמצאת מסמכים ומידע המצוי בשב"ס.

כתובת ואופן מסירת הטפסים

את הטפסים והמסמכים המצורפים ניתן להעביר:

- **בדואר אלקטרוני**: shikum_klita_venituv@mod.gov.il
- **בדואר או באמצעות שליח** (במעטפה סגורה) למשרד הביטחון – אגף השיקום, היחידה להכרה וקביעת זכאות, רחוב ז'בוטינסקי 94, פתח תקווה 4959251.
- **במסירה ידנית** - בכל אחד מהמחוזות בשעות הקבלה בלבד לאחר שתיאמתם תור מראש באמצעות המוקד הטלפוני של אגף שיקום נכים *8150
- **בפקס** 073-3233381

שימו לב – אם אתם מוסרים מסמכים חשוב שתשמרו אצלכם צילום של המסמכים

דרך זאב ז'בוטינסקי 94, פתח-תקווה 1529594, טלפון: 03-7776777,

WWW.SHIKUM.MOD.GOV.IL

רשימת מסמכים שיש לצרף לבקשה

שם המסמך	באיזה תנאי חובה לצרף מסמך	האם צרפתי?
צילום תעודת זהות – צילום משני הצדדים וצילום של הספח	תמיד חובה לצרף	☒
טופס ויתור סודיות רפואית חתום על ידך (נמצא בנספח לטופס זה)	תמיד חובה לצרף	☒
הצהרה שלך - הצהרה/מכתב אישי של מבקש ההכרה אשר תעיד על הנסיבות / האירועים / תנאי השירות שגרמו להופעת החבלה / המחלה או להחמרתה	תמיד חובה לצרף	☐
מסמכים רפואיים המעידים על מצבך הרפואי טרם החבלה/מחלה ולאחריה - סיכומי מחלה / סיכומי אשפוז מבתי-חולים / ביקור במרפאה מקצועית או צבאית / תוצאות הדמיות וצילומים / בדיקות שמיעה / וכל מסמך רפואי או טיפולי שיש ברשותך או שביכולתך לקבלו מהרופא, המוסד רפואי או הגורם טיפולי	תמיד חובה לצרף	☒
צילום התיק הרפואי שלך מקופת חולים במלואו¹.	מומלץ לצרף	☐
דוח רפואי מפורט המעיד על מצבך הרפואי כיום מהרופא המטפל	מומלץ לצרף	☐
התייחסות מפקד ו/או דוח אירוע חריג/דוח פציעה ו/או העתק מחקירה/תחקיר א. דוח אירוע חריג/ דוח פציעה אם יש ו/או אישור עובדתי בכתב ממפקדך הישיר ו/או העתק מחקירה/ תחקיר אשר יעיד על נסיבות פציעתך/נסיבת פרוץ מחלתך ב. התייחסות מפקדך הישיר לתנאי השירות אשר גרמו או החמירו את המחלה	מומלץ לצרף א. אם החבלה או המחלה הם תוצאה של אירוע נקודתי ב. אם חבלה או מחלה הם תוצאה של תנאי שירות	☒
צילום תעודת שחרור מהשירות הצבאי/ סיבת סיום העסקה במסגרת הצבאית/ ביטחונית, אם יש.	אם כבר השתחררת מהשירות	☐
צילום רישיון נהיגה בתוקף – חובה לצרף צילום תעודת ביטוח חובה של הרכב – חובה לצרף דוח משטרה (ניתן לקבל את בתחנת המשטרה הקרובה) – רצוי מאוד לצרף וזה יקצר את משך זמן הטיפול בבקשה	אם הבקשה להכרה היא בעקבות תאונת דרכים שבו אתה. נהגת ברכב	☐ ☐ ☐
כתב מינוי אפוסטרופוס	אם מונה לך אפוסטרופוס	☐
החלטת הביטוח הלאומי פרוטוקול מלא של הוועדה הרפואית ניתן להזמין אותם באזור האישי באתר ביטוח לאומי	אם הגשת בקשה לביטוח לאומי (נכות כללית/פגיעת עבודה/פגיעה מפעולות איבה)	☐ ☐ ☐

¹ אם קופת חולים דרשה תשלום עבור המצאת התיק הרפואי, יש לצרף לבקשה להכרה קבלה על תשלום כדי לקבל החזר של עד 800 ש"ח.



טופס בקשה להכרה בנכות (בעקבות חבלה או מחלה)

לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום) תשי"ט 1959 (נוסח משולב)

א. פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות
מרקוביץ	שמואל מלכיה	325004588
שם משפחה קודם	שם האב	מגדר ☒ זכר ☐ נקבה
תאריך לידה	ארץ לידה	מצב משפחתי ☒ רווק/ה ☐ נשוי/ה ☐ גרוש/ה ☐ אלמנ/ה
28.06.2002	ישראל	

כתובת מגורים

רחוב	מס' בית	דירה	יישוב	מיקוד	תיבת דואר
דרך מצפה נבו	68	3	מעלה אדומים	9841053	
דואר אלקטרוני	טלפון נייד	טלפון נוסף			
	0545492718				

פרטי איש קשר

האם אתה מאשר שנהיה בקשר עם מישהו מטעמך כדי שנוכל לעדכן אותו במקרה הצורך במידע אודות הטיפול בבקשתך להכרה בנכות ולמסור לו מידע במידה והוא פונה אלינו.

☒ כן - יש למלא את הפרטים:				☐ לא
שם פרטי	שם משפחה	קרבה	מספר טלפון	
אריאל	פרייברג	עורך דין	037412358	

חברות בקופת חולים

שם הקופה	מתאריך	עד תאריך	שם רופא מטפל	מקצוע רופא מטפל
כיום				
בעבר *				

* חיילים בשירות חובה/קבע – יש למלא פרטי קופת חולים קודמת בה הייתם חברים לפני הגיוס.

פרטי חשבון בנק (אנחנו מבקשים את הפרטים האלו כדי שנוכל לבצע העברות אל חשבונך במידת הצורך)

שם בנק	מספר סניף	מספר חשבון
בנק יהב	193	133873

דרך זאב ז'בוטינסקי 94, פתח-תקווה 1529594, טלפון: 03-7776777,

WWW.SHIKUM.MOD.GOV.IL



האם יש לך אפטרופוס?

אפטרופוס הוא אדם הממונה בצו בית משפט עבור מי שאינו מסוגל לדאוג לענייניו באופן עצמאי.

☒ אין אפטרופוס ☐ יש לי אפטרופוס

אם יש לך אפטרופוס יש לצרף כתב מינוי אפטרופוסות ולמלא את הפרטים:

שם משפחה	שם פרטי	כתובת
תעודת זהות	טלפון נייד	דואר אלקטרוני

ב. פרטים אודות השירות

עליך לציין פרטים על שירות החובה כיום או בעבר (כולל אנשי קבע, שוטרים וסוהרים), במידה ולא שרתת שירות חובה יש לציין זאת בסעיף זה.

סוג שירות	תאריך גיוס	פרופיל רפואי נוכחי	תאריך שחרור	שם היחידה	תפקיד	חיל
חובה	12.1.23	72	10.9.2026	רבנות	פקיד	
קבע						
מילואים						
שוטר						
סוהר						
אחר						

האם קיבלת פטור רפואי מהמשך שירות?	☒ לא	☐ כן מתאריך _____ מסיבה: _____ יש לצרף צילום תעודת שחרור מהשירות הצבאי/ סיבת סיום העסקה במסגרת הצבאית / ביטחונית, אם יש.
האם הגשת בעבר בקשה למשרד הביטחון עקב חבלה/מחלה?	☒ לא	☐ כן בתאריך _____ מסיבה: _____
האם הגשת בקשה לביטוח לאומי? (נכות כללית/פגיעת עבודה/פגיעה מפעולות איבה)	☒ לא	☐ כן בתאריך _____ מסיבה: _____ יש לצרף את החלטת הביטוח הלאומי ואת פרוטוקול מלא של הוועדה הרפואית
האם הנך עובד/ת במשרד הביטחון?	☒ לא	☐ כן פרט היכן _____
האם קרוב משפחה שלך עובד/ת במשרד הביטחון?	☒ לא	☐ כן פרט קרבה _____

דרך זאב ז'בוטינסקי 94, פתח-תקווה 1529594, טלפון: 03-7776777,

WWW.SHIKUM.MOD.GOV.IL

במקרה של חבלה

באיזה תאריך קרתה החבלה: 22.10.2023

תיאור החבלה: יש לפרט בצורה מלאה ומדויקת את העובדות, הנסיבות והשתלשלות האירועים הקשורים לחבלה. באיזה מקום אירעה החבלה? באילו נסיבות? (מבצעי, אימון, בבסיס, מחוץ לבסיס, במסגרת פעילות פרטית/חופשה וכו') היכן נפגעת בגוף? תופעות מהן סבלת או הנך סובל? איזה טיפול רפואי קיבלת? (אם המקום אינו מספיק, אפשר לצרף דף נוסף).

התגייסתי באוגוסט 23 ועשיתי טירונות בבא"ח כפיר, (פלס), בשבת 21.10.23 התאמנו בירי עם מערכת "פגיון".
לאחר הירי הרגשתי צפצוף באוזניים, עדכנתי את המפקד שלי בתחושה באוזניים, המפקד אמר לי שאם זה ימשך כמה ימים נבדוק את זה, למחרת בתאריך 22.10.23 התאמנו במטווחים, במקצה "ירי לאחר מאמץ", במהלך הריצה נפל לי האטם מבלי ששמתי לב, ביצעתי ירי ללא אטם, בתוך המטווח, לאחר ביצוע המטווח התחלתי להרגיש, באופן מיידי, שוב צפצוף חזק וכאבים באוזניים, עדכנתי מיד את המפקד שלי בהחמרה, קבעו לי בדיקות שמיעה, נסעתי למרפ"א להיבדק, עשו לי בדיקת שמיעה, נתנו לי שבוע חופש וקבעו לי המשך בדיקות וטיפולים, עשיתי סדרת טיפולים בתא לחץ ומאחר שהבדיקות הראו ירידה בשמיעה, הורידו לי פרופיל והנחו אותי להימנע מחשיפה לרעש חזק.
מאז האירועים אני סובל מירידה בשמיעה, מצפוצים באוזניים, זה דבר שלא עוזב אותי, אני נמנע מאירועים עם חשיפה למוזיקה ורעש, יש לי באופן קבוע צפצופים וכאבים באוזניים

האם מולא דוח פציעה/דוח אירוע חריג?	☒ לא	☒ כן במידה והדוח ברשותך יש לצרפו 
האם התנהלה חקירה צבאית/תחקיר אירוע?	☒ לא	☐ כן במידה וברשותך העתק מהחקירה/תחקיר- יש לצרפו 
האם החבלה קרתה בתאונת דרכים?	☒ לא	☐ כן בתאונת הדרכים אני הייתי: ☐ הולך רגל ☐ נהג ☐ נוסע ברכב אם נהגת או נסעת ברכב מה היה סוג הרכב? ☐ ליסינג משרד הביטחון / צה"ל ☐ אזרחי ☐ משטרתי. מספר הרכב: _____ אם התאונה ארעה בזמן שנהגת ענית רכב אזרחי - חובה לצרף רישיון נהיגה ופוליסת ביטוח חובה האם בתאונה היה מעורב רכב נוסף? ☐ לא ☐ כן – הרכב הנוסף היה ☐ צבאי ☐ אזרחי ☐ משטרתי מספר הרכב הנוסף: _____ האם הוגשה תביעה לחברת ביטוח לפי חוק הפיצויים? ☐ לא ☐ כן



רצוי מאוד לצרף התייחסות בכתב של מפקד ישיר המאשרים את התיאור העובדתי שמסרת (ניתן גם בעמוד נפרד):

שם מלא מפקד מאשר	תפקיד	טלפון
------------------	-------	-------

האם טופלת בעקבות המחלה/חבלה במוסדות רפואיים לרבות מרפאות מקצועיות?

☒ כן ☐ לא											
יש לצרף כל מסמך רפואי שיש ברשותך											
שם המוסד הרפואי	מתאריך	עד תאריך	חדר מיון	אשפוז	מרפאה	שם הרופא המטפל					
רצ"ב תיעוד רפואי											
							☐	☐	☐	☐	☐
							☐	☐	☐	☐	☐
							☐	☐	☐	☐	☐
							☐	☐	☐	☐	☐
							☐	☐	☐	☐	☐

ד. הצהרה

ברצוני להצהיר כי הפרטים שמסרתי נכונים ומלאים וכי המצאתי את כל המסמכים שברשותי הקשורים בבקשה זו וידוע לי שאהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק לעניין מסירת מידע כוזב.		
תאריך	שם מלא של החותם	חתימה

דרך זאב ז'בוטינסקי 94, פתח-תקווה 1529594, טלפון: 03-7776777,

WWW.SHIKUM.MOD.GOV.IL



הנדון : טופס הסכמה למסירת מידע רפואי או מידע אחר נוסף הדרוש לצורך בירור וטיפול בבקשה להכרה כנכה צה"ל ומתן טיפול וויתור על סודיות רפואית

הצהרה

הנני נותן בזאת רשות לכל העובדים בצוות רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן, ו/או מי מטעמן ו/או לכל העובדים של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או למשטרת ישראל ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או לחברות ביטוח ו/או למשרדי ממשלה ו/או לעיריות ולמוסדות מוניציפליים ו/או לכל העובדים בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לגורמים מטפלים לרבות פסיכולוגים ו/או למוסדות שיקומיים לרבות בתים מאזנים או קהילות שיקום (להלן: "המוסדות") למסור **לאגף שיקום נכים במשרד הביטחון ולכל גורם החייב בהוצאות לרבות חברות הביטוח** (להלן "המבקשים") או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם של המבקשים לאסוף מידע כאמור במסמך זה, את כל הפרטים המצויים בידי המוסדות ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת ו/או כל מידע אחר/נוסף שמצוי בידי מי מהגורמים אשר דרוש למשרד הביטחון על מנת לברר את בקשתי להכרה כנכה צה"ל.

הנני נותן בזאת רשות לנציב קבילות החיילים או מי מטעמו, למסור לאגף שיקום נכים במשרד הביטחון את העתק הקבילה וכן מסמכים שצורפו אליה וכן כל מכתב נוסף או מסמכים נוספים שנמסרו לנציב קבילות החיילים, על-ידי או מטעמי במהלך הטיפול בקבילה וכן העתק תשובת הנציב לקבילתי.

הנני משחרר בזאת את כל המוסדות ו/או כל עובד מעובדיהם, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם - מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי במוסד, לרבות במוסד לביטוח לאומי ולרבות מידע על תשלומים ששילם לי המוסד לביטוח לאומי.

הנני נותן בזאת רשות לאגף שיקום נכים במשרד הביטחון או מי שהוסמך לכך מטעמו להעביר מידע על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי למוסדות רפואיים בקהילה לרבות קופות החולים ו/או לשירותי הרווחה ו/או למוסד לביטוח הלאומי, וזאת על מנת לאפשר רצף טיפולי בענייני.

הנני נותן בזאת רשות לאגף שיקום נכים במשרד הביטחון או מי שהוסמך לכך מטעמו להעביר מידע על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי למוסדות רפואיים בקהילה לרבות קופות החולים ו/או לשירותי הרווחה ו/או למוסד לביטוח הלאומי ולספקי טיפול של משרד הביטחון וזאת על מנת לאפשר רצף טיפולי בענייני.

הנני נותן בזאת רשות לאגף שיקום נכים במשרד הביטחון או מי שהוסמך לכך מטעמו לברר את נכונות פרטי חשבון הבנק שלי (שם הבנק, מספר סניף, מספר חשבון) אותם ציינתי בבקשה להכרה כנכה צה"ל, על מנת שניתן יהיה להעביר לחשבון הבנק אותו ציינתי תשלומים להם אהיה זכאי, ככל שאהיה זכאי.

הנני מוותר על סודיות כלפי המבקשים ולא תהא לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת המידע כאמור על ידי המוסדות המפורטים לעיל.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1982 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות לרבות קופות חולים ו/או רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמם.

שם הרופא המטפל	שם קופת החולים	סניף
----------------	----------------	------

אני החתום מטה הבנתי את הכתוב ומקובל עלי לוויתור על הסודיות הרפואית מול גופים אלו, במסגרת הטיפול שלכם בתיק.

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות
תאריך	חתימה	

(במידה והחותם הוא אפוטרופוס – יש לצרף את צו האפוטרופסות)