

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

2.8.22

מ.ל.ב.

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
תל אביב
באמצעות האתר

א.ג.נ.,

הנדון : עטאף גאנס, ת.ז. 032742967
תביעה לנכה נזקק

1. מצ"ב טופס תביעה לנכה נזקק בצירוף מכתב בדבר היעדרותו מהעבודה.

2. לעיונכם וטיפולכם המסור אודה.


בכבוד רב ומתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד



המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות

נפגעי עבודה

תביעה להכרה כנכה נזקק

לפי תקנה 18 א'

למי שאינו מסוגל לעבוד

חותמת קבלה

לשימוש

פנימי

בלבד

(סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג

המסמך

דפים

12052021

שנה חודש יום

תאריך הפגיעה בעבודה

פרטי התובע

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות

ס"ב

032742967

גמל

זאב

פרטים על עיסוקי לפני הפגיעה – נא סמן במקום המתאים

☒ שכיר – מקום העבודה כאמל וינר

מעמד: ☐ זמני ☐ קבוע

ותק במקום העבודה: 1/9/2011

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

התייצבתי כדורש עבודה בשירות התעסוקה ☒ לא ☐ כן, בתאריך כאמל וינר
לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך
אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

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

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

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

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

אני מעסיק עובדים: ☐ לא ☐ כן

ברצוני להוסיף על האמור לעיל:

הצהרה

הריני מצהיר בזאת שבתקופה מתאריך 31/3/2022 עד תאריך היום, לא הייתה לי כל הכנסה מן המקורות
שלהלן: הכנסה מהתעסקות, ואינני 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.

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

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 מזק איראל חיים תאריך תחילת התקשרות 3.8.2021

תאריך 2.8.2022 שם זאב גמל חתימה X

אישור המעסיק למוסד לביטוח לאומי

שם המעסיק _____ מספר תיק ניכויים _____

אני מאשר כי העובד _____ בעל מס' ת.ז. _____

לא עבד בתקופה מתאריך _____ עד תאריך _____

קבל שכר עבור תקופה זו ☐ כן ☐ לא

הוצעה לו עבודה אחרת במפעל ☐ כן ☐ לא, הסיבה _____

הערות: _____

תאריך _____ שם החותם ותפקידו _____ חתימה וחותמת X

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



כבאות והצלה לישראל
מחוז צפון
מטה מחוז
מדור משאבי אנוש
בלמ"ס-



יום רביעי ג' שבט תשפ"ב
05 ינואר 2022
5750-1114-2021-005584

לכבוד
עטאף גאנם

הנדון: אישור היעדרות – עטאף גאנם, ת"ז 7-03274296

1. הריני לאשר כי הנך עובד בכבאות והצלה במשרד לביטחון פנים.
2. תפקידך הינו סגן מפקד צוות כיבוי בתחנת כיבוי אזורית גליל מרכזי, מחוז צפון.
3. תחילת העסקתך בכבאות והצלה מיום 04/09/2011.
4. אני מאשרת בזאת כי מיום 12/05/2021 ועד 05/01/2022, כולל, הנך שוהה בהיעדרות מהעבודה מפאת פגיעה בעבודה אשר התרחשה ביום 12/05/2021, זאת בהתאם לתעודות רפואיות שהמצאת למעביד.
5. אני מאשרת כי התעודה הרפואית שהגשת כוללת גם היעדרות עתידית החל מיום 06/01/2022 ועד 31/01/2022.
6. אישור זה ניתן לך על פי בקשתך.

בכבוד רב,

שולמן אירית

רכזת משאבי אנוש

גליל מרכזי

העתקים:
מת"ח גליל מרכזי
תיק אישי