

בקשה להכרת זכות (חבלה)

לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום) תשי"ט 9191 (נוסח משולב)

לתשומת לב ממלא הטופס:

- עליך לדייק במילוי הפרטים ולתת מענה מלא לכל השאלות.
- במסגרת הטיפול בבקשתך על ידי קצין התגמולים או על ידי ועדת ערר, לא תורשה לסטות מתיאור העובדות כפי שצינת בטופס זה ללא קבלת רשות מיוחדת.
- נתוני תאריך לידה, מצב משפחתי וכתובת יאומתו מול נתוני משרד הפנים ורק נתוני משרד הפנים יהיו קובעים למתן זכויותיך הניתנות על פי נתונים אלה.
- אתה רשאי להיות מיוצג בתביעתך על ידי עורך דין ו/או על ידי אדם אחר אם אין אותו אדם עושה את הייצוג דרך עיסוק או תמורה.

אני החתום מטה, לאחר שהוזהרתי כי עליי לומר את האמת כולה ואת האמת בלבד וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר בזה כלהלן:

א. פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	שם משפחה קודם	מספר זהות	מין
יזק	יהי	יעקב		205747991	זכר
מספר אישי בצה"ל	מספר שוטר/סוהר	תאריך לידה	ארץ לידה	מצב משפחתי	
8156642	81566424	16/08/1994	ישראל	רווק	נשוי
				גרש	אלמן

כתובת מגורים:

רחוב	מספר בית	מספר דירה	תיבת דואר	ישוב	מיקוד
	1	1	264	יבנה	2012800
טלפון נייד	טלפון בית	טלפון נוסף	מספר פקס	כתובת דוא"ל	
0528751252				maron.yacob@gmail.com	

חברות בקופת חולים:

שם הקופה	מתאריך	עד תאריך	שמות הרופאים המטפלים ומקצועם
כלל	16.08.94		
כיום	בעבר		

מקום עבודה נוכחי/אחרון:

שם	כתובת	תפקיד	מספר טלפון
ישראל יעקב	רחוב יעקב	ישראל יעקב	

ב. פרטים אודות השירות

סוג שירות	תאריך גיוס	פרופיל רפואי	תאריך שחרור	פרטי היחידה או מספר ד"צ	תפקיד	דרגה	חיל
חובה	03.04.2013	97	03.04.2016	ישראל יעקב	ס"ר	פ"ר	יבנה
קבע	19.07.2016	97	19.07.2016	ישראל יעקב	י"ר	ר"ס	יבנה
מילואים							
שוטר	19.07.2016	97	19.07.2016	ישראל יעקב	י"ר	י"ר	יבנה
סוהר							
אחר							

האם קיבלת פטור משירות? ☐ לא ☒ כן, מתאריך: _____ מסיבה: _____

אם הנך כעת בשירות צבאי, נא ציין את מספר ד"צ הנוכחי: _____

האם הגשת בעבר בקשה למשהב"ט עקב חבלה/מחלה? ☐ לא ☒ כן, בתאריך: _____

מסיבה: _____ האם הגשת בקשה לקצבה/גמלא לפי חוק ביטוח לאומי? ☐ לא ☒ כן, התביעה בטיפול/אזורה מתאריך: _____

ג. החבלה

פרטי השירות במהלכו נפצעה	סוג השירות	פרטי היחידה	תפקיד ביחידה	תקופת השירות	דרגה	חיל	לציין: בשירות/חופשה המקום בו ארעה החבלה
	ק"י	ה'	ס"י		"		-

פרטי מפקד הישיר בתקופת החבלה
תאור החבלה + תאריך החבלה

(פרט בצורה מלאה ומדויקת את העובדות והשתלשלות העניינים הקשורים לחבלה. מקום החבלה בגוף, טיפול רפואי ופרטים לגבי התופעות מהן סבלת או הנך סובל). (באם המקום אינו מספיק, נא צרף דף נוסף).

יבואן, גלית, נטע, נחמה, שרון, דניאל, חנא, ונעמי

יש לצרף אישור מהיחידה בה נפגעת

האם מולא דו"ח פציעה	כן ☒ לא ☐	האם התנהלה חקירה	כן ☒ לא ☐
מספר תיק 23495/2017	מקום החקירה	מספר תיק	23495/2017

במקרה של תאונת דרכים

כלי הרכב ומספרו בו נסעת או נהגת	☐ ליסינג משהב"ט ☐ ליסינג צה"ל ☐ רכב אזרחי ☐ רכב צבאי ☒ רכב משטרה מס' רכב 20-215	*הולך רגל ☒ לא ☐ כן *בתאונה היה מעורב רכב נוסף ☒ לא ☐ כן מס' ☐ אזרחי ☐ צבאי ☐ משטרה	*האם הוגשה תביעה לחברת ביטוח לפי חוק הפיצויים. ☒ לא ☐ כן לחברה וכתובתה:
---------------------------------	---	---	---

עדים היכולים להעיד על נסיבות החבלה: ☒ לא ☐ כן ופרטיהם

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות / מספר אישי	כתובת אזרחית	ד.צ.	תפקיד
1. המפקד הישיר					
2. עד לאירוע	סריק'	יג'ס'א			ס"ר
3. חבר ליחידה					
4. עדים נוספים	ארי - ח"ל				ח"ל

* אי ציון שמות עדים משמעו שאין עדים לאירוע.

מוסדות רפואיים בהם טופלתי לרבות מרפאות מקצועיות:

שם המוסד הרפואי	חדר מיון	אשפוז	מרפאה	תאריכי טיפול מ- עד	שם הרופא המטפל

מסמכים/אישורים המצורפים לביסוס תביעתי:

1. ☒ דוח פציעה
2. ☒ אישור מחלה
3. ☒ מסמכים רפואיים

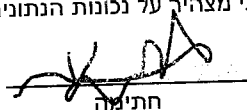
אני עובד במשרד הביטחון ☐ כן ☒ לא. אם כן היכן אתה עובד.....

אני קרוב משפחה של עובד המשרד ☐ כן ☒ לא. ציון קרבה.....

ד. הצהרה

הנני מצהיר בזה כי הפרטים שמסרתי לעיל הם לפי דעתי נכונים ומלאים וכי המצאתי את כל המסמכים שברשותי הקשורים בתביעה זו וידוע לי שאהיה צפוי לעונש בהתאם לחוק בעד מסירת ידיעה כוזבת.

תאריך 30/08/2022 השם המלא של החותם יג'ק'ר אני מצהיר על נכונות הנתונים ☒


חתימה

*יש לחתום רק באם שולחים באופן לא מקוון



מדינת ישראל
משרד הבטחון

הנדון: טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואיות

אני החתום מטה:

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות
י.ר.	מ	205747991
רחוב	מס	עיר
264		2012800
		טלפון
		0528751252

נותן בזאת רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן, ו/או מי מטעמם ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור למשרד הביטחון ולכל גורם החייב בהוצאותיי לרבות חברות הביטוח (להלן "המבקשים") או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאסוף מידע כאמור במסמך זה, את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבו הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

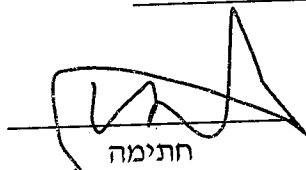
אני משחרר בזאת את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבו הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבו בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על תשלומים ששילם לו המוסד לביטוח לאומי.

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

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 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: ד"ר תלמי

שם קופת חולים: כלל סניף ממל

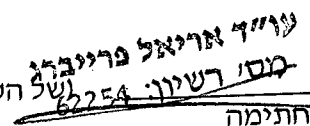
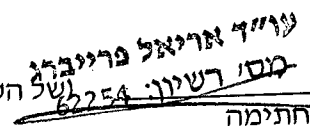

חתימה

☒ אני מאשר את נכונות הנתונים

תאריך: 30/08/2022
*יש לחתום רק באם שולחים באופן לא מקוון

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

נחתם בנוכחות:

שם מלא	מס' זהות	חתימה
י.ר.	066630930	
שם מלא	מס' זהות	חתימה
י.ר.	62254	

(עד החתימה שבנוכחותו נחתם הוס"ר יכול להיות רק אחד הגורמים הבאים: רופא, עורך דין, עובד סוציאלי, פסיכולוג או מורשה חתימה בבנק; עד החתימה יצרף חותמת לחתימתו)