



תביעה למתן שיקום מקצועי

על מנת שניתן יהיה לטפל בתביעתך, יש לצרף

תעודות ואישורים המעידים על השכלתך, הכשרות מקצועיות, ניסיון בעבודה ואבחונים שעברת.

לידיעתך

אם אתה מגיש תביעה לשיקום בשל נכות כללית או פגיעה בעבודה, עליך להגיש תביעה לנכות (במידה ועדיין לא הוגשה תביעה זו) במקביל להגשת התביעה לשיקום, על מנת שלא ייפגעו זכויותיך. ללא הגשת תביעה לנכות, תביעתך לשיקום תידחה על פי חוק.

השלב הראשון בתהליך הינו אישור הזכאות לשיקום. באישור זה אין משום אישור לתוכנית השיקום עצמה.

הגמלה תשולם לתקופה שאינה עולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשת התביעה לשיקום.

כיצד יש להגיש את התביעה

יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו.

עליך לצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בטופס התביעה.

את התביעה, בצירוף המסמכים הנוספים, ניתן:

- למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
- למלא באופן ידני, לסרוק יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט ← שליחת מסמכים.
- לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.

לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד בטלפון *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

לתשומת ליבך – עליך למלא את כל הסעיפים בטופס התביעה

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף השיקום

תביעה למתן שיקום מקצועי

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מספר זהות / דרכון									
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
סוג המסמך		דפים							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1 פרטי התובע

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
מין: <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		תאריך לידה			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> נכה כללי <input type="checkbox"/> נפגע עבודה <input type="checkbox"/> אלמן/ת תלויים <input type="checkbox"/> אלמן/ת שאירים <input type="checkbox"/> בן/בת זוג של נכה <input type="checkbox"/> מתנדב <input type="checkbox"/> נפגע פעולות איבה <input type="checkbox"/> אסיר ציון <input type="checkbox"/> הורה שילדו הנכה נפטר					
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:					
שם משפחה של איש קשר		שם פרטי של איש קשר		מס' זהות של איש קשר ס"ב	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.					
כתובת למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב/תא דואר		מס' בית		כניסה	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
מיקוד		יישוב		דירה	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

1

2 אם המבוטח מיוצג על ידי עורך דין או חברה, או אם אינו יכול להגיש תביעה עקב מצבו הבריאותי, על מגיש התביעה למלא את הפרטים הבאים:

פרטי מגיש התביעה

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
יחס קרבה לתובע <input type="checkbox"/> קרוב משפחה <input type="checkbox"/> אפוטרופוס <input type="checkbox"/> עו"ד <input type="checkbox"/> חברה מייצגת <input type="checkbox"/> רו"ח <input type="checkbox"/> אחר: _____					
טלפון להתקשרות		דואר אלקטרוני:			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> יפוי כוח <input type="checkbox"/> צו אפוטרופוסות <input type="checkbox"/> פסק דין <input type="checkbox"/> אחר: _____ אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל, ציין איזה וצרף העתק					

2

3

פרטי הבנק

אם יגיעו לי תשלומי שיקום, אבקש להעבירם לזכות חשבון הבנק המפורט להלן:

שם מלא של בעל החשבון הנוסף		שם מלא של בעל החשבון	
מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף/כתובתו	שם הבנק

4

סיבות הפנייה לשיקום מקצועי

1. סיבות פנייתי לשיקום מקצועי _____

2. יש לי בקשה/הצעה מיוחדת בקשר לתהליך השיקום שלי _____

3. יש לי זכאות במימון לימודים מגורם אחר
 לא
 כן, הגורם הינו: משרד הביטחון משרד הבריאות משרד הרווחה מינהל הסטודנטים
 אחר: _____
 פרטים על הזכאות _____

5

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסתיך משכר ומפנסיה. אם אתה מתנגד לכך, עליך לסמן את ההצהרה הבאה:
 אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים ולמשלמי הפנסיה שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי.
 ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

אני, החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהוות 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 שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק שאת פרטיו ציינתי בטופס, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי, ושהבנק ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי.

ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לו וכי היא עליי להמציאם לפי דרישה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים 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.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה. ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו עליי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי, אך כי לא חלה עליי כל חובה חוקית למסור מידע אודותיי. ידוע לי שאם לא אסכים למסור מידע פרטי, לא אוכל לקבל שירות מהביטוח הלאומי.

בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותיי לקבלת שירות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי, ומבין כי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך זה.

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

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי 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 אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

חתימת התובע *

תאריך



נהלים בתקופת ההשתתפות בתוכנית שיקום מקצועי

אנו מברכים אותך עם פנייתך לשיקום מקצועי במסגרת המוסד לביטוח לאומי. אם תביעתך לשיקום תאושר, תגובש ביחד איתך תוכנית שיקום המיועדת לעזור לך להשתלב בעולם העבודה. עובד השיקום ילווה אותך בכל תהליך השיקום כדי שתוכל לסיימו בהצלחה.

להלן מפורטים נהלים הקשורים להשתתפות באבחון, בלימודים ובקבלת תשלומי השיקום. הינך מתבקש לקרוא את הנהלים בעיון, להסכים לפעול לפיהם, ולאשר זאת בחתימתך. מומלץ לשמור לך עותק משלך.

נהלים

אנו מאשרים לימודים או הכשרה במוסדות לימוד ובמקצועות מוסדרים, מוכרים ובפיקוח, שקיבלו אישור מהגורם הממשלתי הרלוונטי להעניק תעודה או תואר בסיום הלימודים או ההכשרה, וכן במשך הזמן המקובל לקבלת התעודה המקצועית או התואר. אם מדובר בהכשרה שאינה בפיקוח משרד ממשלתי, התוכנית תיבדק באופן פרטני.

לאחר גיבוש התוכנית עם עובד/ת השיקום, עליך להמציא את כל המסמכים הרלוונטיים כדי שיהיה אפשר לבחון את פרטי התוכנית ולאשרה: אישור ההכרה של מוסד הלימודים, פרטי התוכנית, מערכת השעות, פירוט שכר הלימוד, מספר הצעות מחיר בהתאם לנדרש, ואישור הקבלה ללימודים.

עליך להשתתף בכל הפעילויות והמטלות הנדרשות במקום האבחון, ההכשרה, הלימודים או תוכנית ההשמה בעבודה.

משנקבע תאריך לביצוע אבחון, התחלת לימודים וכו', עליך להגיע למקום בזמן ובאופן קבוע. מחובתך להודיע מראש למקום האבחון או הלימודים וכן לעובד השיקום אם נבצר ממך להגיע.

עליך לעדכן בכתב או בשיחה את עובד/ת השיקום, לפחות אחת לחודש, על התקדמות תהליך ההכשרה או הלימודים, ציונים, בעיות, קשיים, הפסקת לימודים. כמו כן, הינך מתבקש להודיע מיד במקרה של אי-עמידה בהתחייבות בית הספר לתוכנית הלימוד. כל זאת כדי שניתן יהיה לתת לך מענה מתאים.

לידיעתך

אי עמידה בתנאים מסוימים עלולה להביא להפסקת התוכנית, לדוגמה אי-הצלחה בלימודים, אי-התאמה לתוכנית, חיסורים, איחורים, ימי לימודים לא מלאים וכו'.

בנכות זמנית – אם אחוזי הנכות הזמניים יופחתו, תיבדק מחדש זכאותך להמשך תוכנית הלימודים והתשלומים הנלווים. עובדי השיקום רשאים להפסיק את התוכנית שנקבעה.

קורס חוזר יאושר רק אם נכשלת בקורס בשל נסיבות רפואיות מוצדקות.

כל שינוי בתוכנית השיקום שאושרה מחייב אישור מראש והסכמה של עובד/ת השיקום.

שינוי ללא אישור עובד השיקום לא יחייב אותנו באישור התוכנית ובמימון ההוצאות הנגזרות מהשינוי.

בסיום ההכשרה עליך להמציא תעודת גמר.

תשלומים

- ☞ כל הוצאה או תשלום יתואמו מראש עם עובד השיקום ובאישור מוקדם.
- ☞ תשלומי השיקום שאושרו לך יבוצעו בהתאם לאישורים ולאסמכתאות אותם תתבקש להמציא במהלך התוכנית (כגון הצהרות, דיווחי נוכחות, קבלות וכו').
- ☞ אם תידרש להמציא דיווח נוכחות חודשי, עליו להיות בהתאם לנוכחותך בפועל בלימודים, ובהתאמה למערכת השעות שהגשת ושאושרה לך לפני תחילת התוכנית/שנת הלימודים, או במהלכה אם השתנתה התוכנית.
- ☞ יש למלא את דף הנוכחות על פי כללי מילוי המחאה: ללא מחיקות, בכתב ברור, חתימה + חותמת של מקום ההכשרה.
- ☞ דמי השיקום ישולמו גם בעת חופשה מרוכזת במהלך הלימודים (אך לא בחופשת הקיץ). בנוסף, ישולמו עד שני ימי מחלה בחודש בהמצאת אישור רפואי מתאים. דמי שיקום לא ישולמו בעת היעדרות מיום לימודים.
- ☞ אם שכר הלימוד שעליך לשלם עולה על שכר הלימוד שאושר לך, החזר התשלום יעשה רק לאחר שתציג קבלה על תשלום ההפרש שאותו התחייבת לממן באופן עצמי, או החזר יחסי במהלך הלימודים.
- ☞ אם אושרו לך הסעות מיוחדות באמצעות חברת הסעות שבחר המוסד לביטוח לאומי, מחובתך להודיע מראש לחברת ההסעות על כל שינוי או ביטול. אם לא תעשה כן, תחויב במלוא עלות הנסיעה.
- ☞ בקשות להחזר בעבור תשלומי שיקום שאושרו לך (לדוגמה שכר לימוד, נסיעות, ציוד לימודי, שיעורי עזר) יש להגיש עד חודשיים מעת התשלום בפועל, ובצירוף האסמכתאות הנדרשות.
- ☞ לידיעתך, במקרה של איחור בהגשת הבקשות, תשלומי השיקום ישולמו לכל היותר בתוך שנה ממועד התשלום בפועל. לאחר מועד זה לא ניתן יהיה לבצע החזר תשלום.

אם קיבלת כספים בטעות או שלא כדין יהיה עליך להחזירם.

אם נקבעו לך אחוזי נכות רפואיים כנכה כללי לפי סעיף 8(א1) (2)(ג)4 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי בתקופה בה הינך מקבל דמי שיקום ו/או תשלומי שיקום, הינך פטור מתשלום השתתפות עצמית עבור שירותים רפואיים שונים בקופות החולים. **לבדיקת הזכאות יש לפנות לקופת החולים ולא למוסד לביטוח לאומי.**

אנו מאחלים לך הצלחה רבה, ועומדים לרשותך לאורך כל הדרך

אני מאשר שקראתי את כל פרטי הנהלים והבנתי אותם, ואני מתחייב לעמוד בכל האמור לעיל.

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה **x** _____



מידע על תשלומי שיקום

בתוכנית לאבחון ולהכשרה מקצועית הינך עשוי להיות זכאי לתשלומי שיקום, בהתאם לחוק ולתקנות והוראות השיקום.

תשלומים אפשריים ותנאי הזכאות

- **שכר לימוד** – עד לסכום מרבי לשנת לימודים/קורס, אשר נקבע מעת לעת. ההחזר הוא בתשלומים, בהתאם להתקדמות התוכנית. עליך להודיע על זכאות לסיוע מגורם נוסף או אחר במימון הלימודים (כגון מלגות והנחות). ייתכן כי סכום זה יופחת מתשלום שכר הלימוד שתקבל מאגף השיקום.
- **דמי שיקום** למקבלי שירות המוכרים בנכות כללית/נפגעי עבודה – גמלה חודשית בתקופת הלימודים, בשיעור של קצבת נכות מלאה אילו שולמה. הינך זכאי לדמי שיקום אם אתה לומד לפחות 16 שעות לימוד שבועיות, ואינך מקבל קצבת נכות מלאה. לחישוב שעות הלימוד יש לפנות לעובד/ת השיקום. אם אתה מקבל קצבת נכות חלקית, דמי השיקום יהיו השלמה לקצבה מלאה. מדמי השיקום מופחתות גמלאות מחליפות שכר המשולמות לך בזמן הלימודים (דמי פגיעה, אבטלה, מילואים, לידה, שמירת היריון ודמי תאונה), וכמו כן עשויות להיות מופחתות הכנסות מעבודה.
- **דמי מחיה לאלמנות/ים, להורים לילד נכה שנפטר, ולבן/בת זוג של נכה שאינו מתאים לשיקום** – גמלה חודשית בתקופת הלימודים. הזכאות ושיעורה תלויים במספר שעות הלימוד, במספר הילדים ובמרחק של מקום הלימודים ממקום המגורים.
- **שכר דירה או מעונות** – השתתפות בשכר הדירה או המעונות תקפה רק אם בוצע מעבר דירה לצורך הלימודים ואתה לומד לפחות 3 ימים ולפחות 16 שעות בשבוע, במרחק העולה על 40 ק"מ ממקום מגוריך הקבוע. על הדירה/המעונות להיות בסמיכות למקום הלימודים. שיעור ההשתתפות הוא עד לסכום מרבי שנקבע מעת לעת.
- **נסיעות** – החזר נסיעות ממקום המגורים למקום האבחון או ההכשרה הוא לפי תעריפי התחבורה הציבורית הזולים ביותר (או החזר על פי ק"מ למי שברשותו רכב ניידות). לנכים קשים שאינם מסוגלים, מסיבה רפואית, להשתמש בתחבורה ציבורית ואין ברשותם רכב ניידות, תיבדק אפשרות לתת הסעות מיוחדות.
- **ספרים וציוד לימודי** – שיעור ההשתתפות ברכישת ספרים וציוד לימודי הוא בהתאם לצורך העולה מתוכנית הלימודים, ועד לסכום מרבי שנתי שנקבע מעת לעת, ובהתאם לאישור עובד השיקום לבקשה זו.
- **מכשירים** – סיוע ברכישת מכשיר הנדרש ללימודים, שהוא חיוני עקב הנכות הרפואית-תפקודית. הסיוע עד לסכום מרבי שנקבע מעת לעת, ויש לקבל מראש אישור מעובד השיקום לבקשה זו.
- **שיעורי עזר והנגשות** – סיוע בשיעורי עזר, חונכות, הדרכה באסטרטגיות למידה ומלווה בהכשרה, וכן בתחומים נוספים הנדרשים לך בשל הקשיים התפקודיים הנובעים מנכותך: תרגום לשפת הסימנים, תמלול, הקראות ושקלוט. ההיקף המרבי של שיעורי העזר וההנגשות תלוי במספר שעות הלימוד הכולל בתוכנית הלימודים, וניתן על ידי ספקים שנבחרו על ידי אגף השיקום או על ידי מרכזי התמיכה במוסדות הלימוד. הסיוע יינתן באישור מראש של עובד השיקום.
- **הוצאות כלכלה** – החזר בעבור כלכלה בימים בהם אתה נדרש כחלק מלימודיך לנסוע למרחק של למעלה מ-10 ק"מ לפחות משטח השיפוט של מקום לימודיך הקבוע, ומקום זה הוא גם מחוץ לשטח השיפוט של מקום מגוריך.

לידיעתך

- **בדמי מחיה ובדמי שיקום**, הזכאות בתקופת הלימודים בפועל בלבד. אין זכאות בתקופת חופשת הקיץ, בין שנת לימודים אחת לשנייה.
- באחריותך לבדוק את זכאותך לגמלת הבטחת הכנסה בתקופת הלימודים (אם אינך זכאי לדמי שיקום/מחיה) ובתקופת החופשות, וזאת בטרם תחליט על תוכנית הלימודים.
- לפירוט נוסף ולבדיקת זכאותך יש לפנות מראש לפקיד השיקום.

אני מאשר שקראתי והבנתי את המידע המפורט מעלה.

תאריך _____ שם _____ חתימה * _____