



תביעה לקצבת שירותים מיוחדים

הגשת תביעה לשירותים מיוחדים

קצבת שירותים מיוחדים משולמת למי שזקוק לעזרה רבה בביצוע פעולות היום יום: ניידות בבית, אכילה, הלבשה, רחצה והיגיינה אישית, וכן למי שזקוק להשגחה מתמדת למניעת סיכון לעצמו או לאחרים, ובתנאי שנקבעו לו האחוזים הרפואיים המזכים בקצבה.
את התביעה ניתן להגיש מגיל 18 ועד 6 חודשים לאחר גיל פרישה.

כיצד יש להגיש את התביעה

כדי לייעל את הטיפול בתביעתך, יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף את המסמכים הבאים:
מסמכים רפואיים שברשותך, המפרטים את המחלות, הטיפולים והתרופות שאתה נוטל.
מסמכים נוספים על פי הנדרש בתביעה.

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 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.

על פי החוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 6 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

לידיעתך

לאחר הגשת התביעה, במידת הצורך, תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית, ובמקרה של מצב רפואי קשה התביעה תטופל במסלול מהיר.

באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא תשלום במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.

מידע מורחב על הקצבה מופיע באתר הביטוח הלאומי/קצבאות והטבות/שירותים מיוחדים לנכים
אם יש לך מוגבלות ברגליים, באפשרותך להגיש בנוסף תביעה לקצבת ניידות.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

פרטי הנכות

אני תלוי בעזרת הזולת לביצוע פעולות היום יום (ניידות בבית, אכילה, הלבשה, רחצה והיגיינה אישית)

חולה אונקולוגי (יש לצרף מסמך החתום על ידי אונקולוג. מוצע לצרף טופס של האגודה למלחמה בסרטן)

GBM – גליובלסטומה מולטיפורמה

מטופל בדיאליזה

לאחר השתלה מתורם לאחר השתלת מח עצם עצמית

תאריך השתלה _____ (יש לצרף מכתב שחרור מבית החולים)

אדם עם עיוורון

ברשותי תעודת עיוור ממשרד הרווחה – השירות לעיוור (יש לצרף התעודה)

(במידה וברשותך תעודת עיוור יש לצרפה, אחרת, יש לצרף בדיקת חדות / שדה ראייה)

הגשתי תביעה למשרד הרווחה/השירות לעיוור ואני בתהליך הכרה לתעודת עיוור

זקוק להשגחה למניעת סכנה

מונשם

מחלות קשות (ALS ניוון שרירים, מחלות קשות, פרקינסון וכד')

אחר

המחלות והליקויים מהם אני סובל

החל מתאריך _____ חלה החמרה במצבי מתאריך _____

אושפזתי בשנה האחרונה (במידה ואושפזת, יש לצרף מכתב שחרור מבית החולים).

פרטים משלימים

1. האם מייצג אותך עו"ד או חברה למימוש זכויות? לא כן (פרט מטה)

שם עו"ד או חברה למימוש זכויות	כתובת	טלפון

2. האם נכותך, כולה או חלקה, נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים? לא כן, תאריך התאונה _____
חובה לענות על שאלה זו.

3. האם נכותך, כולה או חלקה, נגרמה כתוצאה מאירוע מתאונתי (רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר)? לא כן, נא פרט _____
חובה לענות על שאלה זו. תאריך התאונה _____
חובה לציין תאריך.

4. פניתי או בכוונתי לפנות ל"יד מכוונת" לקבלת ייעוץ והכנה לקראת הוועדה הרפואית בחינם (מוקד *2496)

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

סוג חשבון		שמות בעלי החשבון	
<input type="checkbox"/> פרטי	<input type="checkbox"/> קיבוץ		
מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף / כתובתו	שם הבנק

הצהרה על הכנסות

יש לי הכנסות מעבודה אין לי הכנסות מעבודה
 אני עולה חדש בשנה הראשונה לעליה וקיימת לי הכנסה אחרת / תמיכה / רנטה / תגמול / פנסיה לצורך בדיקת זכאותך לקצבה, ייתכן שנפנה באופן ייזום למעסיקיך ולמשלמי הפנסיה שלך, לרבות כאלו שהיו לך או שיהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב). אם אינך מסכים, ציין זאת:
 אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים ולמשלמי הפנסיה שלי לקבלת דיווח דיגיטלי (ממוחשב) ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי

הצהרה

אני החתום מטה תובע גמלת שירותים מיוחדים, ומצהיר 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 בידועין 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, ע"י פניה למוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגורי.

אני מסכים כי המוסד לביטוח לאומי ייקבע את זכאותי על סמך המידע הרפואי, מבלי לזמן אותי לוועדה רפואית, בכפוף לאישור רופא המוסד.

אני מסרב לוועדה בוודאו צ'ט

אני מסכים להעביר מידע למשרד הרווחה במידה ויקבעו לי 90% נכות רפואית בגין ליקוי ראייה או לצורך ביצוע אבחון למוגבלות שכלית התפתחותית.

כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים. או על שינוי במקום מגורי כגון כניסה למוסד, דיור מוגן וכד'.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי 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 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.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מבקש שתעבירו מידע על אודותי לגורמים נותני הטבות לצורך בחינת זכאותי להטבות. ידוע לי כי הביטוח הלאומי לא יישא באחריות ישירה או עקיפה בגין העברת המידע ו/או השימוש בו על ידי הגורמים הרלוונטיים.

חתימת התובע *

תאריך

