



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לתשלום מענק מיוחד
לנפגעי עבודה
☐ דיור ☐ אביזרי עזר ☐ רכב

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך					דפים				

עמוד 1 מתוך 2

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	שנת לידה	מספר זהות ס"ב
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	
☐ אני מאשר קבלת הודעות SMS		☐ אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני	
תאריך הפגיעה	מצב משפחתי	ילדים מתחת לגיל 18	
שנה	חודש	יום	
☐ רווקה ☐ נשואה ☐ אלמן/ה ☐ גרושה ☐ ידועה/ה בציבור			
אחוזי נכות שנקבעו _____ ☐ לצמיתות ☐ זמניים עד לתאריך _____			
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
האם כתובת בן/בת הזוג זהה לכתובתך? ☐ כן ☐ לא			

2

הנימוקים לתביעה

אנא פרט מטרת המענק לו אתה נזקק וגובה המענק המבוקש _____

עליר לצרף לתביעה מסמכים רפואיים עדכניים שתייחסו למצבך הרפואי, לאשפוזים שהיו בשנים האחרונות, לטיפולים שהינך מקבל ולקשייך התפקודיים הנובעים מפגיעת העבודה שלך.

3

פרטי חשבון הבנק של התובע

אני מבקש לשלם לי את המענק המיוחד, אם יאושר, באמצעות:			
שמות בעלי החשבון			
מס' הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
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.			
תאריך _____		חתימת בעלי החשבון ✕ _____	

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

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

תאריך _____ חתימת התובע ✕ _____

לשימוש המוסד (סניף)

שם עובד מקבל

נתקבל ביום

יום			חודש			שנה			

פרטי הנכות:

צמיתה מיום

% נכות

יום			חודש			שנה			

מהות הפגיעה (אבחנה רפואית)

מצורפים בזה: (א) דו"ח פקיד שיקום
(ב) הצעות מחיר
(ג) חוות דעת רופא

המלצת צוות שיקום סניפי

תאריך	חתימה	✕	✕	✕
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

החלטת המשרד הראשי

תאריך _____ חתימה ✕ _____