

מס' תיק

--	--	--	--	--	--	--

מדינת ישראל  
משרד הביטחון / אגף השיקום  
היחידה לتبיעות וקביעת זכאות

סמל יישוב  
לשכה


**בקשה להכרת זכות (מחלה)**  
**לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום) תשי"ט 1959 (נוסף מושלב)**

لتשומת ליבו של מלא הטופס:

1. בפרטיהם המסתומים ב \* סמן ב X במשמעות המתאימה וכן הקפד למלא את התולש למוחלת חשבונות.
  2. דיק נא בתשובתך ותן תשובה מלאות.بعث הטיפול בתביעתך על ידי קצין התגמולים או על ידי ועדת ערר לא תורשה לטסנות מתואר העונדות כפי שתוארת אונן בטופס זה ללא קבלת רשות מיוודת.
  3. אתה רשאי להיות מיוצג לצורך תביעתך על ידי עורך דין או גם על ידי אדם אחר אם אין אותו אדם עונה את היצוג דרך עסקך או תමורה.
- אני הח"מ \_\_\_\_\_ לאחר שהוזהרתי כי עלי לומר את האמת כולה ואת האמת בלבד וכי היא צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא עשו כן מצהיר בכך כלhalten.

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	שם מזוהה	שם משפחה קודם	שם מזוהה קודם	מין
<input type="checkbox"/> ذכר						
<input type="checkbox"/> נקבה						

מס' איש בצה"ל	מס' שטר סוחר	ת. לידה	ארץ לידה	ת. לידה לארץ

כתובת	רחוב	שם בית	שם דירה	שם מיקוד	טלפון	כתובת	מגורים

מצב משפחתי	שם הבעל האשאה	שם ילדיים	שם הילדיים	שם	שם	שם	שם	ת. לידה	ת. לידה	שם	עד גיל 21
<input type="checkbox"/> מרווק <input type="checkbox"/> גירוש				.5.	.3.	.1.					
<input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן				.6.	.4.	.2.					

חברות בקופ"ח	היום	מזהה וכותבתה	שם הקופה וכותבתה	עד תאריך	מזהה
	בעבר				

מקום העבודה / אחריו / נוכחי	שם	כתובת	טלפון	שם משלחת יד / תפקיד	שם משלחת יד / תפקיד

סוג השירות	ת גיוס	ת שחרור	פרופיל	פרופיל	דרגה	תפקיד	חיל	פרטי היחידה או ד.צ.
חוור								
קבע								
מילואים								
שוטר								
סוחר								
אחר								

\* פטור משירות □ לא □ כן מתאריך \_\_\_\_\_ מסיבה \_\_\_\_\_  
אם אין פטור מהשירות ציין ד.צ. נכון

\* האם נחבלת בעבר: האם הגשת בתעריף תביעה למשהב"ט □ לא □ כן מס' תביעה \_\_\_\_\_  
בנסיבות \_\_\_\_\_ מקום הפגיעה בגין \_\_\_\_\_  
□ לא □ כן בתאריך \_\_\_\_\_

האם הגשת בקשה לrzבה / גמלה לפי חוק.  
□ לא □ בטיפול סניף ביטוח לאומי  
□ כן □ אושר לי מאת מתאריך \_\_\_\_\_ סוף \_\_\_\_\_

תיאור המחלה

(פרט בקרה מלאה ומדויקת את העבודה והשתלשלות העניינים הקשורים למחלת, שם המחללה כולל מועד תחילת סימניה (סימפטומים). תיאור הסימפטומים. וכן פרטים לגבי התופעות מהן הנק סובל). (אם המקום אינו מספק, נא צרף דף נוספים).

---

---

---

---

---

תאר כיצד גרמו תנאי השירות למאבחן

עדם היקולים להעיד על נסיבות המחלה \* לא כן ופרטיהם.

הערות:

---

---

---

מוסדות רפואיים בהם טיפולתי בגין המחלה, לרבות מרפאות מקדימות.

מחרבה של המתרבב הפלילי. אין שום כל מחלוקת בין הרכזאים בהפוליטיקה לבין השירות בו חלקה ההחכרה)

שם המוסד הרפואי	חדר מיווּן	אשפוז	מרפאה	תאריכי טיפול מ – עד	שם הרופא המטפל

\* האם הינתנה חקירה  
         לא  
         כן, ע."

ג. האשרה

12

四百三

בתביעה זו יודיע לעורכי הצעת הקניין כי כל הפרטים שמסרטו לעיל הם לפי דעתינו כוכנים מלאים וכי הממצאים את כל המסמכין הקשורים בתביעה זו יארח צפוי לעונש בהתאם לחוק בעד מסירת ידיעה כזובת.

אנו מודים לך על תיעוד זה. אם יש לך שאלות נוספות או אם אתה רוצה לשתף אותנו בקשר לנושא מסוים, אנא נאכלסך.

**נספח לפרטים אישיים למקהה של מתן תגמולים:**

מוס' תיק
----------

שם משפחה	שם פרטי
----------	---------

לשימוש המשרד

**1. מצב משפחתי**

- |           |                          |
|-----------|--------------------------|
| רווק מ -  | <input type="checkbox"/> |
| נשוי מ -  | <input type="checkbox"/> |
| גירוש מ - | <input type="checkbox"/> |
| אלמן מ -  | <input type="checkbox"/> |

**2.**

שם הבעול / אשה	תעודת זהות	תאריך לידה
----------------	------------	------------

3. מספר ילדים: \_\_\_\_\_ יש לציין את כל הילדים: תאריך לידה, מס'ר תעודת זהות

שם	תאריך לידה	תעודת זהות

**פרט בנק**

מוס' תיק
----------

שם משפחה	שם פרטי
----------	---------

לשימוש המשרד

|

אבקשכם להעביר את התגמולים / מענקים המגיעים ל'

לבנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_

מספר סניף	כתובת הבנק
-----------	------------

לזכות חשבון עו"ש אישי מס'ר:

--

תאריך: \_\_\_\_\_ מס'ר זהות: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

טופס לא חתום או שלא מולאו בו כל הפרטים הנדרשים יוחזקי

\* **נא צרף טופס זה לטופס התביעה**

## דף הסבר לטופס

### מחלה

הטעון כי נחבל או חלה בזמן ועקב שירותו הצבאי, בשירות חובה, קבוע, מילואים, משטרת, שירות בתפקיד הסוהר או שירות ביטחוני אחר – רשאי להגיש בקשה להכרת זכותו זו לפי חוק הנכדים (תגמולים ושיקום) תש"ט 1959 (נוסח משולב).

טופס זה מיועד למילוי במקרה של מחלת. במידה שמדובר בחבלה יש למלא טופס בקשה המתייחס לחבלה (ירוק).

### הקדמה:

לפני המילוי עליך לקרוא בעין את דף ההסביר במלואו.  
את הטופס יש למלא ב-3 העתקים, בעט ובכתב יד ברור, אם המקום המיועד בטופס צר מלהכיל את כל הפרטים יש לצרף דף נוסף ב-3 העתקים.

### חלק א' – פרטיים אישיים

מלא פרטיים מלאים כפי שרשומים בתעודה זההות.  
ציין מספר איש צבאי כפי שמופיע בתעודה צבאית  
שוטרים, סוחרים, שב"כ ומשרד ראש הממשלה ירשמו בנוסף מ.א צבאי לצד מספרם האישי.  
רשום באיזו קופת חולים הינך חבר, וכן ציין תאריך הצטרפות לקופה.  
רשום קופת חולים קודמת בה הייתה חבר, אם קיימת קופת חולים נוספת ציין פרט זה.  
חייב בשירות חובה או קבוע יملא פרטי קופת חולים קודמת בה היה חבר.

**חלק ב' – פרטיים אודות השירות**  
ציין פרטיים על שירות החובה כיום או בעבר (כולל אנשי קבוע, שוטרים וסוחרים) במידה ולא  
שירותת שירות חובה ציין זאת בסעיף זה.

**חלק ג' – המחלה**  
מלא את פרטי השירות שבמלהלו חילית.  
חשיבות: מלא את פרטי מפקדר הישיר באותה תקופה.

**פרטי המחלה:**  
אם המחלה בגיןה הינך מגיש טופס זה חדשה ציין "נגרמה", אם הייתה עוד לפני  
שירות וחלתה החמורה במצבך ציין "חוcharה".

מוסדות רפואיים בהם טיפולת:  
הකפד לציין את שם המוסד הרפואי הראשון בו טיפולת מיד לאחר סימני המחלה הראשונים.  
במידה וקיים טיפול רפואי ראשון בשטח, ציין פרטיים מלאים על המשך הטיפול הרפואי  
מוסדות השונים במצבך הנוכחי.

תאר בפירוט כיצד לדעתך תנאי השירות גרמו או החמירו את המחלה.

**חלק ד' – הצהרה**  
לאחר שמלאת את כל הפרטים, קרא בתשומת לב את ההצהרה וחתום את שמר במקומות המתאים.

**טופס לא חתום או שלא מולא בו כל הפרטים הנדרשים יוחזר!**

**אבקשך למלأ הטופס בדיקנות ולצוף החומר לפי הפירוט הרצ"ב**

1. אישור מהיחידה לתנאי השירות אשר גרמו או החמירו את המחלה.
2. תצהיר בשבועה מפורט מעו"ד או בית משפט אשר יעד על הנסיבות / האירועים / תנאי השירות שהוא בכוחם לגרום להופעת המחלה או להחמירתה.
3. מסמכים רפואיים המעידים על מצב הרפואî טרם השירות – אישור מרופא המתפל בקופת החולים כולל רופאים מקצועיים.
4. סיכומי מחלה / חדרי מיין מבטי חולים / ביקור במרפאה מקצועית / צבאית.
5. דוח רפואי מפורט המעיד על מצבו כיום מרופא המתפל.

**המצאת החומר על ידך עשויה לזרז ולקדם את עניינך, ולקצר זמן ההמתנה  
לקבלת חומר עקב פניה שלנו.**