

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון סג המסמך דפים	[ריבועים]

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה

בקשה לבדיקת תלות בעזרת הזולת למקבל קצבת ילד נכה

ילד **התלוי לחלוטין** בעזרת הזולת הוא מי שזקוק לעזרה בביצוע פעולות היום יום בכל שעות היממה: הלבשה, אכילה, רחצה, היגיינה אישית וניידות עצמית בבית (הבדיקה מתבצעת גם ביחס לביצוע פעולות אלה בקרב בני גילו).

בדיקת תלות מתבצעת לילדים **מעל גיל 3**

1 פרטי הילד

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד
האם הילד שוהה עכשיו או שהה בעבר במוסד או במשפחה אומנת או בפנימייה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן:		
<input type="checkbox"/> במוסד / בפנימייה כתובת: _____		
<input type="checkbox"/> במשפחה אומנת כתובת: _____		
<input type="checkbox"/> שהה מתאריך _____ עד תאריך _____ ומתאריך _____ עד תאריך _____		
<input type="checkbox"/> עדיין שוהה		

2 פרטי מגיש התביעה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
קרבה אל הילד:		
<input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> אח/אחות <input type="checkbox"/> סב/סבתא <input type="checkbox"/> אפוטרופוס (יש לצרף צו אפוטרופסות) <input type="checkbox"/> אחר _____		
כתובת מגורים/מען למכתבים: <input type="checkbox"/> עם הילד <input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד
דואר אלקטרוני	טלפון נייד	טלפון קווי
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS		

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

פרטים על מצבו הבריאותי של הילד (יש לצרף מסמכים רפואיים מעודכנים)

3

הצהרה

4

אני החתום מטה מצהיר 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 ביודעין 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 הזכאות לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. ידוע לי, כי עליי להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים. במידת הצורך, אני מסכים לבדוק מחדש את הליקוי הרפואי. ידוע לי, שבדיקה זו יכולה לגרום לשינוי ולהשפיע על הזכאות לקצבת ילד נכה (לרבות הפחתתה).

תאריך _____

חתימת מגיש התביעה * _____

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: שר"מ וילד נכה

פרטים אישיים			
קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	שם פרטי
30		שנה חודש יום	
שם משפחה		שם פרטי	
חבר בקופת חולים			
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____			

הצהרה
אני _____ הח"מ, מספר זהות _____
יחס קרבה לר"מ <input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> אפוטרופוס <input type="checkbox"/> אחר _____
מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלה, מצב הרפואי, הטיפול שניתן, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודות המבוטח.
תאריך _____ חתימת מגיש התביעה * _____