



## תביעה לגמלת סיעוד

### חובה לצרף לטופס זה

1. אישורי הכנסות שלך ושל בן/בת זוג מכל המקורות (למעט קצבאות ביטוח לאומי) לשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה חודשים שקדמו לחודש הגשת תביעה.  
אם הגשת תביעה במהלך שנים עשר החודשים האחרונים מאז נידחת, אין צורך להמציא מחדש אישורי הכנסות.
2. אם אתה מתגורר בבית אבות/מוסד/משפחתון, יש למלא אישור בסעיף 9 (בטופס התביעה) על ידי הנהלת המקום.
3. תדפיס מידע רפואי ממוחשב (תמצית תיק רפואי אבחנות ותרופות) חתום על ידי רופא מטפל (רופא המשפחה) ו/או סיכום אשפוז שהתקיים ב-3 חודשים אחרונים.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות וביירוים יש לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345.
- לצורך קבלת הסבר וסיוע במילוי טופס התביעה, ניתן לפנות למחלקת ייעוץ לקשיש בסניפי המוסד לביטוח לאומי בטלפון: 02-6463400. לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

### הגעה לגיל 90

אם מלאו לך 90 שנה, באפשרותך לבחור בביצוע הערכה תפקודית על ידי רופא מומחה **בגריאטריה\*** (ללא תשלום על ידי התובע), במקום על ידי מעריך המוסד.  
אם בחרת להיבדק על ידי הרופא הגריאטר, על הרופא הגריאטר למלא את נספח ג' המצ"ב, טופס זה יצורף לתביעה, נוסף לתדפיס מידע רפואי מהרופא המטפל.  
**\* על פי החוק יוכל לערוך הערכה זו רופא גריאטר המועסק ב'** מוסד רפואי ציבורי שבבעלות הממשלה, קופת חולים או רשות מקומית, או תאגיד שהוא מוסד ציבורי..."  
**הערה:** מי שנבדק ע"י מעריך יוכל להגיש הערכה תפקודית של רופא גריאטר רק אם חלפו 6 חודשים ממועד ביצוע ההערכה הקודמת.

### מגבלה בעלת אופי זמני:

אם המגבלה התפקודית שלך הופיעה בחודשיים האחרונים והיא בעלת אופי זמני, עליך לבקש מהרופא המטפל, למלא גם את נספח א' המצ"ב.

### מידע מאחות מרפאה/מעובדת סוציאלית

אם ברצונך לצרף מידע מאחות מרפאה ו/או עובדת סוציאלית עליך לבקש לרשום זאת בנספח ב' המצ"ב.

### חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
תביעה לגמלת סיעוד

נא מלא מספר זהות: \_\_\_\_\_

עמוד 1 מתוך 8

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון \_\_\_\_\_

סוג המסמך \_\_\_\_\_ דפים \_\_\_\_\_

חותמת קבלה

תאריך קובע

שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

תאריך תביעה

שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור
שנה _____ חודש _____ יום _____		

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
0 _____	0 _____	SMS <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות			

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

הקשיש נמצא כעת ב:

בכתובת הנ"ל

בבית חולים (ניתן להגיש תביעה רק כאשר יש מועד מתוכנן לשחרור מבית חולים). פרט: \_\_\_\_\_

שם בית החולים: \_\_\_\_\_ מחלקה: \_\_\_\_\_ תאריך שחרור\*: \_\_\_\_\_

בכתובת אחרת. פרט: \_\_\_\_\_

אצל: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_

שפות דיבור

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

ייעוץ לקשיש

הייעוץ לקשיש מציע שירותי ביקורי בית שניתן ע"י מתנדבים.  אני מעוניין בביקורי מתנדב

פרטים על בן/בת זוג

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

האם בן/בת הזוג הגישה תביעה לגמלת סיעוד או מקבלת גמלת סיעוד?  כן  לא



**6 הוצאות קבועות: החזקה במוסד, תשלום דמי מזונות, תשלום שכר דירה**

יש לצרף אישורים לשלושה חודשים מתוך ארבעת החודשים שקדמו לחודש הגשת התביעה.

לשימוש המוסד לביטוח לאומי	סכום הוצאה לחודש				התשלום בעבור (ציין שם יחס קירבה לתובע)	סוג ההוצאה (ציין את הסוג המתאים)
סה"כ הוצאות ל-3 חודשים	_____	_____	_____	_____		
						החזקה במוסד
						דמי מזונות
						שכר דירה *

\* ימלא רק מי שיש לו הכנסה מהשכרת דירה אחרת.  
**הערה:** לתשומת לב בעלי הכנסה מהשכרת דירה המתגוררים בדירור מוגן - נא להמציא אישור מהדירור המוגן על מרכיב הוצאות הדירור בלבד בתשלום החודשי. סכום הוצאה זו ינוכה מהכנסות שכר הדירה. הסכום שינוכה לא יעלה על גובה שכר הדירה. הניכוי יבוצע רק לאחר המצאת האישור.

**7 תפקוד בפעולות היום יום**

**ניידות**

נייד בכוחות עצמו       נייד בהשגחה ו/או מתהלך לבד עם מכשיר  
 נדרשת עזרה מלאה       רתוק לכיסא גלגלים או למיטה

**תפקוד בפעולות היום יום (סמן בכל אחד מהתפקודים את האפשרות המתאימה: עצמאי או זקוק לעזרה)**

תפקוד	עצמאי	זקוק לעזרה	אם זקוק לעזרה, פרט סוג עזרה
הלבשה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
רחצה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
אכילה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
טיפול בהפרשות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**8 קבלת תשלום או שירותים בעבור טיפול אישי ו/או עזרת בית מהגורמים הבאים (סמן את המתאים)**

לא מקבל  
 מקבל עזרה בבית או עזרת הזולת ממשרד הביטחון

**9 מגורים במוסד/בית אבות - אם התובע גר במוסד (אישור זה ימולא ע"י המוסד/בית אבות)**

הרני לאשר כי מר/גב' \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
 נמצא במוסדנו: \_\_\_\_\_ תאריך כניסה: \_\_\_\_\_  
 כתובת המוסד: \_\_\_\_\_ מס' טלפון: \_\_\_\_\_

המוסד/המחלקה בה נמצא הקשיש פועל ברישיון:  משרד העבודה והרווחה  משרד הבריאות  ללא רישיון  
 נמצא במחלקה:  סיעודית  לתשומים  לתשושי נפש  אחרת, פרט: \_\_\_\_\_  
 ההתקשרות בין המוסד לקשיש כוללת:  ארוחות  ניקיון  כביסה  
 השתתפות בדמי החזקה על ידי גוף ציבורי מהמשרדים:  בריאות  עבודה ורווחה  ביטחון  סוכנות  אין השתתפות

**מוסד בקיבוץ - ימלא בנוסף את הפרטים הבאים:**

המוסד מיועד:  לחברי הקיבוץ ובני משפחותיהם בלבד  קולט קשישים מבחוץ  
 מעמד התובע:  חבר קיבוץ  חבר קיבוץ אחר  אורח בתשלום  אורח לא בתשלום  
 מתאריך: \_\_\_\_\_

**אישור המוסד/בית אבות**

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מנהל המוסד: \_\_\_\_\_ חתימת מנהל המוסד \* \_\_\_\_\_

10

**פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי**

1. האם התלזת בזולת נגרמה כתוצאה מתאונה (תאונת דרכים או תאונה אחרת)?  
 לא  כן, פרט:

סוג התאונה:  תאונת דרכים  תאונה אחרת

תאריך התאונה: \_\_\_\_\_ מקום התאונה: \_\_\_\_\_

נסיבות אירוע התאונה: \_\_\_\_\_

2. האם נמסרה הודעה למשטרה?

לא  כן, לתחנת המשטרה ב: \_\_\_\_\_ מס' תיק: \_\_\_\_\_  
 כתובת תחנת המשטרה: \_\_\_\_\_

3. האם הגשת או תגיש תביעה לפיצוי נזיקין?

לא  כן, בתאריך: \_\_\_\_\_  
 מיהו הנתבע: \_\_\_\_\_ מס' התיק: \_\_\_\_\_

4. עורך הדין המייצג אותך בתביעה:

שם: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_  
 כתובת: \_\_\_\_\_

5. האם קיבלת פיצוי נזיקין בגין התאונה?

טרם קיבלתי פיצוי  קיבלתי פיצוי  
 בסך: \_\_\_\_\_ מאת: \_\_\_\_\_ בתאריך: \_\_\_\_\_

11

**פרטי חשבון הבנק של התובע**

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

שמות בעלי החשבון

מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף / כתובתו	שם הבנק

אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.

סוג הקרבה שלי לתובע הגמלה:  בן/בת זוג  הורה  בן/בת  אח/אחות  אחר: \_\_\_\_\_  
 אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים 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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
 תאריך חתימת מקבל התשלום חתימת/חתימות השותפים לחשבון

**ויתור סודיות**

**12**

ויתור סודיות ייחתם על ידי התובע או אפטרופוסו (אם מונה לו כזה).  
הויתור מהווה תנאי הכרחי לטיפול בתביעה.

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מס' ת.ז. \_\_\_\_\_  
מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיי.

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מס' ת.ז. \_\_\_\_\_  
נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי למסור מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד, לחברי הועדה המקומית ועובדים הפועלים מטעמם וכן לנותן השירותים שיספק לי את שירותי הסיעוד.

אני מאשר בזה כי ידוע לי שמידע על מחלה מדבקת (אם קיימת) יימסר לנותן השירותים ולמטפלת מטעמו.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע ✕ \_\_\_\_\_

אם החותם אינו הזקן, יש לצרף צילום צו אפטרופוס.

**הצהרת התובע ו/או מגיש התביעה**

**13**

אני החתום מטה תובע גמלת סיעוד ומצהיר 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 ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י 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.

כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

כמו כן, אני מצהיר בזה כי פרט להכנסות שצוינו לעיל אין לתובע ו/או לבן/בת זוג/ה הכנסות נוספות.

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ חתימת התובע / מקבל הגמלה / מגיש התביעה ✕ \_\_\_\_\_

**למלא אם מגיש התביעה אינו התובע:**

טלפון קווי		טלפון נייד		הקשר לתובע	
0	0	0	0		
רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד









לשימוש פנימי בלבד (סריקה)									
מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך									
דפים									

**נספח ג'**

שם הנבדק: \_\_\_\_\_  
 שנת לידה: \_\_\_\_\_  
 ת.ז. \_\_\_\_\_

המוסד לביטוח לאומי  
 מינהל הגמלאות

**הערכת תפקוד בפעולות היום יום על ידי רופא מומחה בגריאטריה למי שמלאו לו 90 שנה ויותר**

לרופא – נא הקף **בעיגול** בכל סעיף, במקום המתאים על פני הרצף. על הציון לבטא צורך בעזרה שהנבדק זקוק לה בדרך כלל, הן מסיבות של מגבלה מוטורית והן מסיבות של מגבלה מנטאלית.

**1. ניידות – יש להתייחס לתנועה בתוך הבית בלבד**

7	6	5	4	3	2	1
מרותק לכסא/למיטה, תלוי לחלוטין באדם אחר						

**2. נפילות**

7	6	5	4	3	2	1
נופל בתדירות גבוהה לפחות אחת לשבוע ואינו קם לבדו						

**3. הלבשה**

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה בהלבשת מכנס/חולצה, פרוטזה, גרביים, לבחור בגד, אביזר אורטופדי						

**4. הרחצה**

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה מלאה כולל רחצת פנים, או מסרב בשל חוסר תובנה						

**5. אכילה ושתייה**

7	6	5	4	3	2	1
תלוי לחלוטין בכל פעולות האכילה כולל שתייה						

**6. הפרשות**

7	6	5	4	3	2	1
אינו שולט <b>בשני</b> הסוגרים ותלוי לחלוטין בכל הפעולות (ניידות, הלבשה וטיפול בהיגיינה אישית)						

**7. השגחה**

7	6	5	4	3	2	1
מסכן את עצמו או את סביבתו ולא ניתן לתכנן להשאירו לבד לפרקי זמן קצרים						

**הצהרה ופרטי מוסר המידע**

**בחר באחת מהאפשרויות**

מילאתי טופס זה ע"ס **בדיקתי והערכה גריאטרית שערכתי**, במוסד הרפואי/מרפאה \_\_\_\_\_ בתאריך \_\_\_\_\_

מילאתי טופס זה ע"ס **הערכה גריאטרית של ד"ר** \_\_\_\_\_ בתאריך \_\_\_\_\_ ובדיקה שלי בתאריך \_\_\_\_\_

שם הרופא \_\_\_\_\_ תחום ההתמחות \_\_\_\_\_ שם מוסד הרפואי/מרפאה \_\_\_\_\_

חתימה **X** \_\_\_\_\_ חותמת \_\_\_\_\_