



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 ובירורים 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

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' שבעלות 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	מצב משפחתי
שנה חודש יום	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

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

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

בן/בת משפחה או אפוטרופוס – לתאום ביקור

2

- יש לצרף אישור על מינוי אפוטרופוס
- לא ניתן לרשום בבקשה לתאום מי שאינו בן/בת משפחה או אפוטרופוס. בקשה לתאום עם גורם אחר תוגש במצורף לתביעה ותכלול נימוקים לבקשה ותאור מפורט של הקשר עם הקשיש.

שם משפחה	שם פרטי	הקשר לקשיש
טלפון קווי	טלפון נייד	

כתובת המטפל העיקרי (ימלא רק כאשר יש לשלוח מכתבים המופנים לתובע לכתובת המטפל העיקרי גם אם מולא סעיף 2)

3

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
טלפון קווי	טלפון נייד				

האנשים הגרים עם התובע

4

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	יחס קרבה	שנת לידה	ציין אם קיימת הגבלה בתפקוד ואם מקבל גמלת סיעוד/שירותים מיוחדים או אחרת בשל מגבלה זו
1					
2					
3					
4					

פרטי הכנסות בשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה שקדמו לתאריך הגשת התביעה

5

- סמן ✓ בטור המתאים, אם יש הכנסה וכן גם אם אין הכנסה, מהמקורות המפורטים בטבלה.
- צרף אישורים מתאימים בעבור מקורות ההכנסה שציינת (פרט לקצבאות ביטוח לאומי).

לשימוש המוסד לביטוח לאומי		הכנסות תובע		מקור
הכנסות בן/בת הזוג לחודש (יש לרשום את החודש ואת ההכנסה המתאימה)	הכנסות התובע לחודש (יש לרשום את החודש ואת ההכנסה המתאימה)	הכנסות בן/בת זוג	הכנסות תובע	
		אין	יש	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה שכירה
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה עצמאית
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פנסיה מעבודה
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	רנטה מחו"ל
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמולים
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שכר דירה
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אחר: פרט: _____

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 קרבה 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 בדיוור מוגן - נא להמציא אישור מהדיוור המוגן על מרכיב הוצאות הדיוור 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 עזרה חלקית – תמיכה
 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)

ת.ז. _____ הריני לאשר כי מר/גב' _____
 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 לתשומי 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 התלונת 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 הנתבע

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

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 להחתימם 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 כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

_____ x _____ x _____
 תאריך חתימת מקבל התשלום חתימת/חתימות השותפים לחשבון



שם החולה: _____
 ת.ז. ס"ב _____
 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

מידע רפואי - בעקבות מגבלה חדשה זמנית - ימולא על ידי הרופא המטפל (אין חובה למלא דף זה)

א. מצב קוגניטיבי - סמן אחת האפשרויות

- 1. מתמצא בזמן ובמקום
- 2. הפרעה קלה בהתמצאות - או הפרעה חולפת
- 3. הפרעה ניכרת בהתמצאות
- 4. דמנציה - עם הפרעה בדיבור ובתפקוד היומי
- 5. אין מידע

ב. תחילת ההגבלה המשמעותית בתפקוד יום יומי

- בשני החודשים האחרונים
- בתקופה שקדמה לחודשיים האחרונים
- אין מידע

ג. המגבלה התפקודית עשויה לחלוף תוך חודשיים?

- כן
- לא
- אין מידע

הערות: _____

שם הרופא _____ המרפאה/בית החולים _____
 טלפון _____
 תאריך _____ חתימה וחותמת _____



נספח ב'

מידע לצורך החלטה בזכאות לגמלת סיעוד (אין חובה למלא דף זה) – ימולא ע"י אחות/עו"ס (קופ"ח/רווחה) המעוניינים למסור מידע, לגבי תובעני גימלת סיעוד הנמצאים בטיפולם, על סמך היכרות

פרטי הקשיש

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
רחוב / תא דואר		מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
					מיקוד

מטפל עיקרי בזקן

שם משפחה	שם פרטי	קירבה	טלפון קווי/נייד
			0

ימולא ע"י אחות/עו"ס

ימולא ע"י אחות קופ"ח

א. סמן X ליד התפקוד המתאים	ציין מי עוזר	א. סמן X ליד התפקוד המתאים	ניידות
<p>התמצאות</p> <p><input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום</p> <p><input type="checkbox"/> הפרעה בזיכרון</p> <p><input type="checkbox"/> הפרעה בהתמצאות</p>		<p><input type="checkbox"/> עצמאי</p> <p><input type="checkbox"/> עצמאי עם מכשיר</p> <p><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה</p> <p><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית</p> <p><input type="checkbox"/> נפילות</p>	
<p>שיתוף פעולה</p> <p><input type="checkbox"/> משתף פעולה</p> <p><input type="checkbox"/> משתף פעולה על ידי דרבון</p> <p><input type="checkbox"/> לא משתף פעולה</p>		<p><input type="checkbox"/> שליטה מלאה</p> <p><input type="checkbox"/> שליטה חלקית</p> <p><input type="checkbox"/> אי שליטה</p> <p><input type="checkbox"/> משתמש במוצרי ספיגה</p>	<p>הפרשות, שליטה על סוגרים</p>
<p>תקשורת</p> <p><input type="checkbox"/> מבין ומדבר לעניין</p> <p><input type="checkbox"/> מבין אך מתקשה בדיבור</p> <p><input type="checkbox"/> לא ניתן לתקשר</p>		<p><input type="checkbox"/> פיוס (סטומה)</p> <p><input type="checkbox"/> קטטר</p> <p><input type="checkbox"/> עצמאי</p> <p><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית</p> <p><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה</p>	<p>הלבשה</p>
<p>ב. מצבי התנהגות חריגים ותכיפותם (כגון: נטיה לשוטטות ואיבוד דרך, הוצאה לא מבוקרת של כספים, הצעת אש, התמכרות לסם/אלכוהול, הזנחה עצמית, אספנות כפייתית, מצב משפחתי/חברתי חריג) פרט: _____</p>		<p><input type="checkbox"/> עצמאי</p> <p><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית</p> <p><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה</p>	<p>רחיצה</p>
<p>ג. אפטרופוס:</p> <p><input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> מונה אפטרופוס <input type="checkbox"/> בתהליך מינוי</p>		<p><input type="checkbox"/> עצמאי</p> <p><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית</p> <p><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה</p>	<p>אכילה</p>
<p>ד. מקבל (מארגונו של ממלא הטופס) שירותי:</p> <p><input type="checkbox"/> טיפול אישי בבית. סוג: _____</p> <p><input type="checkbox"/> טיפול במרכז טיפולי. סוג: _____</p>		<p><input type="checkbox"/> עצמאי</p> <p><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית</p> <p><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה</p>	<p>מצב העור</p> <p>משקל</p>
<p>ה. הערות</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p><input type="checkbox"/> פצע לחץ קשה לריפוי</p> <p><input type="checkbox"/> ירידה ניכרת במשקל</p>	
<p>ו. מצ"ב (אבחון, דו"ח, חו"ד וכדומה)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p>ב. ביקור במרפאה</p> <p><input type="checkbox"/> מגיע למרפאה בכוחות עצמו</p> <p><input type="checkbox"/> מגיע למרפאה עם מלווה</p> <p><input type="checkbox"/> הוגדר כמרותק ולא מגיע למרפאה</p> <p>יש לציין תדירות וסיבה: _____</p>	
		<p>ג. תרופות</p> <p><input type="checkbox"/> לוקח באופן עצמאי <input type="checkbox"/> לוקח באופן לא סדיר</p> <p><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה: _____</p>	

פרטי מוסר המידע

הארגון	תפקיד	שם משפחה	שם פרטי	טלפון קווי/נייד
				0



נא מלא מספר זהות: _____

עמוד 8 מתוך 8

נספח ג'

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

מס' זהות / דרכון									
סוג		דפים		המסמך		0 8			

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

שם הנבדק: _____
שנת לידה: _____
ת.ז. _____

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				נייד בעזרת מכשיר או בלעדיו, אך זקוק לעזרת אדם אחר, או זקוק להכוונה בשל חוסר תובנה או עיוורון, או עצמאי בשימוש בכסא גלגלים כולל מעברים		עצמאי בניידות בעזרת מכשיר או בלעדיו, ללא מאמץ או במאמץ קל

2. נפילות

7	6	5	4	3	2	1
נופל בתדירות גבוהה לפחות אחת לשבוע ואינו קם לבדו				נופל בתדירות נמוכה כפעם בחודש בממוצע בשלושת החודשים האחרונים ואינו קם לבדו, או נפל פעמיים בחודש האחרון ואינו קם לבדו		אינו נופל, או נופל לעיתים רחוקות, או נופל וקם ללא עזרה

3. הלבשה

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה בהלבשת מכנס/חולצה, פרוטזה, הכוונה צמודה בשל חוסר תובנה				זקוק לסיוע או דרבון קל בהלבשה (לכפתר, לגרוב גרביים, לבחור בגד, אביזר אורטופדי)		מתלבש ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל

4. רחצה

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה מלאה כולל רחצת פנים, או מסרב בשל חוסר תובנה				עצמאי ברחצת פנים אך זקוק לעזרה פעילה או הכוונה צמודה ברחצת פלג גוף עליון/תחתון		זקוק לסיוע / דרבון קל ברחצה (כניסה למתקן הרחצה, נוכחות, חפיפת ראש, רחצת כפות רגלים)

5. אכילה ושתייה

7	6	5	4	3	2	1
תלוי לחלוטין בכל פעולות האכילה כולל שתייה				זקוק לעזרה בהאכלה (או שתייה), או מסרב בשל חוסר תובנה		זקוק לסיוע בנטילת תרופות, עיוורון מוחלט, אינו מחמם או מגיש לעצמו מנת מזון

6. הפרשות

7	6	5	4	3	2	1
אינו שולט בשני הסוגרים ותלוי לחלוטין בכל הפעולות (ניידות, הלבשה וטיפול בהיגיינה אישית)				משתמש בשירותים/ אביזרים אך זקוק לעזרה <u>בשלושת</u> הפעולות		משתמש בשירותים/ אביזרים אך זקוק לעזרה <u>באחת</u> מהפעולות: ניידות, הלבשת חלק תחתון, היגיינה אישית

7. השגחה

7	6	5	4	3	2	1
מסכן את עצמו או את סביבתו ולא ניתן לתכנן להשאירו לבד לפרקי זמן קצרים				זקוק להשגחה בביצוע רב פעולות היום יום ויש ירידה בתובנה ובזיכרון, אך ניתן להשאירו לבד לפרקי זמן מסוימים		אינו מסכן את עצמו או את סביבתו

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 _____

חותמת _____ חתימה X