



בקשה לבדיקה מחדש של זכאי לגמלת סיעוד עקב טענת החמרה

חובה לצרף לטופס זה

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 הבקשה

את טופס הבקשה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות וברורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.

לצורך קבלת הסבר וסיוע במילוי טופס הבקשה, 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.

מי שהגיע 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.

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

**בקשה לבדיקה מחדש של
זכאי לגמלת סיעוד עקב
טענת החמרה**

עמוד 1 מתוך 3

<p>מס' זהות / דרכון</p> <p>סוג המסמך</p> <p>דפים</p>	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p>חותמת קבלה</p>
<p>תאריך קובע</p> <p>יום חודש שנה</p>	<p>תאריך תביעה</p> <p>יום חודש שנה</p>	

פרטי התובע

1

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

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
<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: _____

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.
- נא לציין האם הינך מעוניין להיות נוכח בעת הביקור כן לא**

שם משפחה	שם פרטי	הקשר לקשיש
טלפון קווי	טלפון נייד	

האנשים הגרים עם התובע

3

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	_____	_____	_____	_____	_____

ויתור סודיות

4

ויתור סודיות ייחתם על ידי התובע או אפוטרופוס (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 x _____

אם החותם אינו הזקן, יש לצרף צילום צו אפוטרופוס.

הצהרת התובע ו/או מגיש התביעה

5

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים בבקשה לבדיקה מחדש 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.

ידוע לי כי המוסד רשאי להחליט על שיעור הזכאות, השארת שיעור הזכאות בעינה, הפחתה בשיעור הזכאות או שלילת הזכאות. הכל בהתאם לתוצאות ההערכה התפקודית.

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימת התובע / מקבל הגמלה / מגיש התביעה x _____

למלא אם מגיש התביעה אינו התובע:

טלפון קווי		טלפון נייד		הקשר לתובע	
_____	_____	_____	_____	_____	_____
רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
_____	_____	_____	_____	_____	_____

