



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

תביעה לתשלום מענק מיוחד  
לנפגעי עבודה  
 דיור  אביזרי עזר  רכב

חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

עמוד 1 מתוך 2

מס' זהות / דרכון	
סוג המסמך	דפים

1 פרטי התובע

שם משפחה

שם פרטי

שנת לידה

מספר זהות  
ס"ב

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר

מס' בית

כניסה

דירה

יישוב

מיקוד

טלפון קווי

טלפון נייד

דואר אלקטרוני

אני מאשר קבלת הודעות SMS

תאריך הפגיעה

מצב משפחתי

ילדים מתחת לגיל 18

רווקה  נשואה  אלמנה  גרושה  ידועה/בציבור

שנה חודש יום

אחוזי נכות שנקבעו

לצמיתות  זמניים עד לתאריך

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר

מס' בית

כניסה

דירה

יישוב

מיקוד

האם כתובת בן/בת הזוג זהה לכתובתך?  כן  לא

2 הנימוקים לתביעה

אנא פרט מטרת המענק לו אתה נזקק וגובה המענק המבוקש

עליר לצרף לתביעה מסמכים רפואיים עדכניים שיתייחסו למצבך הרפואי, לאשפוזים שהיו בשנים האחרונות, לטיפולים שהינך מקבל ולקשייך התפקודיים הנובעים מפגיעת העבודה שלך.

3 פרטי חשבון הבנק של התובע

אני מבקש לשלם לי את המענק המיוחד, אם יאושר, באמצעות:

שמות בעלי החשבון

מס' הבנק

שם הסניף / כתובתו

מס' סניף

מספר חשבון

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.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעלי החשבון

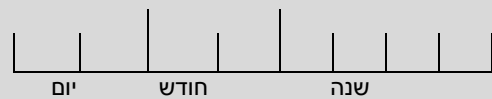
אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

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

לשימוש המוסד (סניף)

שם עובד מקבל

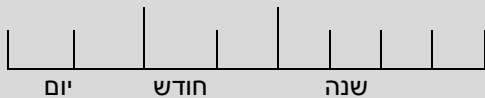
נתקבל ביום



פרטי הנכות:

צמיתה מיום

% נכות



מהות הפגיעה (אבחנה רפואית)

\_\_\_\_\_

מצורפים בזה: (א) דו"ח פקיד שיקום  
(ב) הצעות מחיר  
(ג) חוות דעת רופא

המלצת צוות שיקום סניפי

\_\_\_\_\_

תאריך

חתימה

✕

✕

✕

תואר  
התפקיד

החלטת המשרד הראשי

\_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה ✕ \_\_\_\_\_