

בל/ 2600

תביעה לגמלת סיעוד

המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות

☎ **מקוועד למילוי על ידי התובע, בן משפחה או מכר ולא על ידי חברה נותנת שירותי סיעוד**



תובע נכבד, קביעת הזכאות לגמלת הסיעוד נקבעת על ידי "הערכת תלות". בהערכה נבדקת מידת התלות של התובע בעזרת הזולת בפעולות היום יום ומידת הצורך בהשגחה. הערכת התלות תתאפשר במספר דרכים:

1. הערכת מידת התלות שתקבע על סמך המידע שנמסר במכתב הסיכום הרפואי. **ראה הנחיות בנספח א'.**
2. הערכת תלות בבית התובע המבוצעת על ידי מעריך מוסמך מטעם הביטוח הלאומי. המעריך יתאם מועד לביצוע ההערכה לאחר קבלת התביעה והמסמכים הרפואיים. אם קיימת ירידה קוגניטיבית אצל התובע על בן משפחה או אפוטרופוס להיות נוכח בדיקה. **במצב זה יש למלא את סעיף 3 בטופס.**
3. הערכת תלות לבני 90 ומעלה שתבוצע על ידי רופא מומחה בגריאטריה ללא עלות במסגרת עבודתו במוסד רפואי ציבורי. למען הסר ספק, אין לבצע בדיקה במסגרת הביטוח המשלים (שב"ן) או במסגרת פרטית לרבות שר"פ בבית חולים. **ראה נספח ב'.**

לטופס התביעה יש לצרף את המסמכים הבאים

1. **מכתב סיכום רפואי עדכני חתום ע"י רופא מטפל, רופא מומחה וסיכומי אשפוז ומכתבים רלוונטיים נוספים.** ניתן לצרף מידע רלוונטי שנמסר מגורמים מטפלים נוספים (אח המרפאה, פיזיותרפיסט, עובד סוציאלי וכו') ראה הנחיות בנספח א'.
2. אישורי הכנסות שלך ושל בן/בת זוג מכל המקורות (**למעט** קצבאות ביטוח לאומי ואישורי רנטה או כל קצבה לניצולי שואה ונרדפי הנאצים) לשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה חודשים שקדמו לחודש הגשת תביעה. אם הגשת תביעה בשנים עשר החודשים האחרונים, אין צורך להמציא מחדש אישורי הכנסות. **עצמאי** – נא בדוק עם מחלקת גבייה בסניף שההכנסות בביטוח לאומי הן על בסיס שומה עדכנית אם היית עצמאי והפסקת את פעילותך, יש לוודא שהתיק בגביה נסגר על מנת לא לפגוע בך בעת ביצוע מבחן הכנסות לגמלת סיעוד.
3. **יתכן וידרשו אישורי הכנסות של 12 החודשים האחרונים או טופס 106.**
4. אם אתה מתגורר בבית אבות/מוסד/משפחתון, תמלא הנהלת המקום את האישור המופיע בסעיף 9 (בטופס התביעה).

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ לצורך קבלת הסבר וסיוע במילוי טופס התביעה, ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד, בו מופיע סרטון הדרכה, או לפנות למחלקת הייעוץ לאזרח הוותיק ומשפחתו בסניפי המוסד לביטוח לאומי בטלפון: 02-6463400.
- ☞ **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ☞ לשאלות וברורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *2637, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

2

כתובת למשלוח דואר (ימולא רק אם בן משפחה/אפוטרופוס מבקש לשלוח מכתבים לכתובת שונה מהכתובת בה נמצא התובע כעת)

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

3

בן/בת משפחה או אפוטרופוס – לתיאום

על האפוטרופוס לצרף אישור על מינוי אפוטרופוס

שם משפחה	שם פרטי	הקשר לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	

נא לציין אם מעוניין להיות נוכח בעת הביקור כן לא

4

האנשים הגרים עם התובע

האם מתגוררים אנשים נוספים עם התובע?

לא כן אם כן נא למלא:

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	יחס קרבה
		מספר זהות ס"ב	
		מספר זהות ס"ב	

5

תיאור השינוי במצב התפקודי (ניידות, הלבשה, רחצה, אכילה, טיפול בהפרשות), הקוגניטיבי והגופני (צורך בהשגחה למניעת סכנה בשל בעיות קוגניטיביות) והצורך בעזרה בבית:

נא פרט את המצב התפקודי הנפשי והקוגניטיבי וסוג העזרה הביתית הנדרשת.

6

פרטי הכנסות בשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה שקדמו לתאריך הגשת התביעה

- סמן ✓ בטור המתאים, אם יש הכנסה וכן גם אם אין הכנסה, מהמקורות המפורטים בטבלה (פרט לקצבאות ביטוח לאומי).
- צרך אישורים מתאימים בעבור מקורות ההכנסה שציינת.
- אם הנך חבר קיבוץ, נא פרט על כל הכנסה המפורטת מטה שמקורה מחוץ לקיבוץ בו הנך חבר.

הכנסות בן/בת זוג			הכנסות תובע		
יש	אין	מקור	יש	אין	מקור
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה שכירה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה שכירה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה עצמאית ראה הערה לעצמאים בעמוד 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה עצמאית ראה הערה לעצמאים בעמוד 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פנסיה מעבודה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פנסיה מעבודה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קצבה סוציאלית מחו"ל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קצבה סוציאלית מחו"ל
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שכר דירה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שכר דירה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמולים אחרים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמולים אחרים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הכנסה אחרת, פרט: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הכנסה אחרת, פרט: _____

7

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 יחסי 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 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 שיעור שכר הדירה. הניכוי יבוצע רק לאחר המצאת האישור.

8

קבלת תשלום או שירותים בעבור טיפול אישי או עזרה בבית ממשרד הביטחון

- לא מקבל
 מקבל
 תשלום כספי
 שירותים

9

מגורים במוסד או בבית אבות – אם התובע גר במוסד (אישור זה ימלא המוסד או בית האבות)

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב
שווה במוסדנו – שם המוסד		תאריך כניסה
כתובת המוסד		טלפון
<p>המוסד פועל ברישיון: <input type="checkbox"/> משרד העבודה והרווחה <input type="checkbox"/> משרד הבריאות <input type="checkbox"/> ללא רישיון</p> <p>נמצא במחלקה: <input type="checkbox"/> סיעודית <input type="checkbox"/> לתשומים <input type="checkbox"/> לתשושי נפש <input type="checkbox"/> לעצמאיים</p> <p><input type="checkbox"/> אחרת פרט _____</p> <p>השתתפות בדמי החזקה ע"י גוף ציבורי: <input type="checkbox"/> משרד בריאות <input type="checkbox"/> משרד עבודה ושירותים חברתיים <input type="checkbox"/> משרד הביטחון <input type="checkbox"/> סוכנות רשות מקומית</p> <p><input type="checkbox"/> כן, פרט השתתפות בסך: _____ ש"ח לחודש מתוך עלות החזקה מלאה בסך: _____ ש"ח - על המשפחה להמציא אישור על גובה ההשתתפות שהוטל עליה ע"י גוף ציבורי.</p> <p><input type="checkbox"/> אין השתתפות – חובה להמציא כרטיס הנה"ח מהמוסד/בית האבות, בו ניתן לראות את החיובים והתשלומים של התובע.</p>		

מוסד בקיבוץ – ימלא גם את הפרטים האלה:

המוסד מיועד:	<input type="checkbox"/> לחברי הקיבוץ ובני משפחותיהם בלבד	<input type="checkbox"/> קולט אזרחים ותיקים מבחוץ
מעמד התובע:	<input type="checkbox"/> חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ אחר <input type="checkbox"/> דייר אחר, פרט אם בן משפחה של חבר הקיבוץ נא ציין פרטיו מר/גב' _____ ויחס הקרבה _____	
מתאריך:	_____	

אישור המוסד/בית האבות

תאריך: _____ שם מנהל המוסד: _____ חתימת מנהל המוסד * _____

10

פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי

- האם התלוח בזולת כולה או מקצתה נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים? כן לא
- האם התלוח בזולת נגרמה כתוצאה אירוע תאונתי אחר (רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר וכד')?
 לא כן, נא פרט: **חובה לענות על שאלות אלו**
תאריך התאונה: _____ מקום התאונה: _____
נסיבות אירוע התאונה: _____
- האם נמסרה הודעה למשטרה?
 לא כן, לתחנת המשטרה ב: _____ מס' תיק: _____
כתובת תחנת המשטרה: _____
- האם הגשת או תגיש תביעה לפיצוי נזיקין? לא כן, בתאריך: _____
מיהו הנתבע: _____ מס' התיק: _____
- עורך הדין המייצג אותך בתביעה:
שם: _____ טלפון: _____ טלפון נייד: _____
כתובת: _____

פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי - המשך

6. האם קיבלת פיצוי נזיקין בגין התאונה?

טרם קיבלתי פיצוי קיבלתי פיצוי לא קיבלתי

בסך: _____ מאת: _____ בתאריך: _____

11

ביקור בית על ידי מתנדב

הייעוץ לאזרח הוותיק ומשפחתו מציע לערוך ביקורי בית על ידי מתנדבים.

אני מעוניין בביקורי מתנדב

12

בחירת שירותים או כסף

אם תמצא זכאי לגמלת סיעוד ותצבור 2.5-3 נקודות בהערכת התלות, באפשרותך לבחור אחת מ- 4 אפשרויות:

קצבה בסך - 1,408 ₪

5.5 יחידות בשבוע שניתן להשתמש בהן לטיפול אישי בבית, מרכז יום, משדר מצוקה, שירותי נכיסה ומוצרי ספיגה (ללא כסף).

5.5 יחידות שירות בשבוע שניתן להשתמש בהן כשילוב של מגוון שירותי סיעוד וגמלת כסף.

9 יחידות שירות בשבוע שניתן להשתמש בהן למגוון שירותים **ללא קצבה בכסף וללא טיפול אישי בבית.**

לתשומת לבך,

במקרים בהם יש הפחתה בגין הכנסות גבוהות השעות/ יחידות השירות יופחתו ב 50% מערכן.

13

פרטי חשבון בנק

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

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: לחשבון הקיבוץ / המושב לחשבוני הפרטי

ברשותי חשבונות בנק נוספים לא כן, בנק _____ סניף _____ מס' 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 הפרטים של מושכי התשלומים.
 אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך **אימות בעלותי בחשבון הבנק** כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל /או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל.
לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

x

חתימת מקבל התשלום

תאריך _____



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד

נספח א'
הנחיות לכתיבת מכתב
סיכום רפואי

נא הצג לרופא

כדי לשקול אפשרות ביצוע הערכה תפקודית על סמך מידע רפואי ללא ביקור מעריך, מומלץ לצרף לתביעה מכתב סיכום רפואי מהרופא המטפל.

ניתן לצרף במכתב מידע שנמסר מגורמים מטפלים נוספים כגון: אח המרפאה, פיזיותרפיסט, עובד סוציאלי, רופאים מומחים ועוד.

במכתב סיכום רפואי רצוי שיופיעו הפרטים הבאים:

- **סיבת ההפניה לביטוח לאומי**
- **נתונים דמוגרפים:** גר לבד, עם משפחה, תנאי דיור וסביבת מגורים, עיסוק ופעילות שגרתית של הנבדק.
- **מידע רפואי עדכני:** המחלות העיקריות מהם סובל החולה, אשפוזים, ניתוחים, נפילות, אירועים המסכנים חיים, הפרעות בשמיעה או לקות ראייה.
- **הערות נוספות המתייחסות ל:**
 - **תיאור מפורט של התסמינים הקליניים העלולים להשפיע על יכולת התפקוד** של החולה בחיי היום יום (ADL) בבית. לדוגמא: תלונות על כאב, חולשה, קוצר נשימה, בצקות, רעד, מצב תזונתי. אצל חולים הסובלים מתנדודות במצב תפקודי, יש לציין את המאפיינים של התנדודות.
 - **תיאור מפורט של יכולת הניידות של הנבדק:** יכולת הקימה וההליכה, יציבות בהליכה, טווח תנועה, חסרים נוירולוגים, סימני מאמץ, יכולת להשלים פעולה ברצף, שימוש באביזרי עזר וכו'.
במידה והנבדק נמצא בקבוצת **סיכון לנפילות** מומלץ לצרף תוצאות מבחן timed get up and go.
- **תוצאות בדיקות אבחון מקובלות ותוצאות כלים אבחוניים נוספים פסיכולוגים לבעלי מגבלה קוגניטיבית.**
(COGNITIVE SCREENING TOOLS).
- **טיפולים מיוחדים ותרופות.**
- **מסגרות טיפוליות** כגון אשפוז יום, אשפוז בית, הוספיס בית.
- **תקופת המוגבלות** הערכה בדבר שיפור במצב הנבדק, ואם כן תוך כמה זמן.



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד

נספח ב'
הערכת תפקודית של רופא
מומחה בגריאטריה לבני 90+

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	
סוג המסמך	דפים
8	

בדיקת רופא מומחה בגריאטריה היא ללא עלות בעבור התובע ואין לבצע בזמן אשפוז. הערכת תפקוד בפעולות היום יום על ידי רופא מומחה בגריאטריה אפשרית למי שמלאו לו 90 שנה ויותר

לרופא – נא הקף **בעיגול** כל 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 מנטלית.

נמק את מסקנתך לגבי התפקוד בסעיף, ציין את הסיבה הרפואית ופרט **האם התרשמת מהדגמה**, מתצפית או מדיווח.

האם סובל מעיוורון מוחלט? (לפחות 3/60 בשתי העיניים או שדה ראייה עד 19 מעלות, או קיימת תעודת עיוור) לא כן

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				

נמק את מסקנתך _____

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				

נמק את מסקנתך _____

3. הלבשה

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה בלישת מכנסיים, חולצה, פרטזה, הכוונה צמודה בשל חוסר תובנה	זקוק לסיוע או לדרבון 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 או תחתון	זקוק לסיוע או לדרבון קל ברחצה (כניסה למתקן הרחצה, נוכחות, חפיפת ראש, רחצת כפות רגליים)	מתרחץ ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל			

נמק את מסקנתך _____

בדיקת רופא מומחה – המשך

5. אכילה ושתייה

7	6	5	4	3	2	1
תלוי לחלוטין בכל פעולות האכילה כולל שתייה או הזנה מלאכותית, או מסרב בשל חוסר תובנה	זקוק לעזרה בהאכלה (או שתייה)		זקוק לסיוע בנטילת תרופות, עיוורון מוחלט, אינו מחמם או מגיש לעצמו מנת מזון			אוכל ושותה ללא עזרה כולל חימום והגשת מנת מזון, ללא מאמץ או במאמץ קל

נמק את מסקנתך _____

7. 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 בשלוש הפעולות	משתמש בשירותים/ אביזרים אך זקוק לעזרה בשתיים מהפעולות	משתמש בשירותים/אביזרים אך זקוק לעזרה באחת מהפעולות: ניידות, הלבשת חלק תחתון, היגיינה אישית		זקוק לסיוע קל (ריקון בקבוק, החתלה או ליווי בלילה)	עצמאי בכל הקשור לטיפול בהפרשות

נמק את מסקנתך _____

8. השגחה

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

נמק את מסקנתך, אם מדובר בזקן בעל ירידה קוגניטיבית, נא פרט את עיקרי הממצאים של הבדיקה הקוגניטיבית.

פרק הזמן למגבלה - אנה סמן האם צפוי שינוי במהלך ששת החודשים הבאים:

צפויה הטבה בעוד _____ חודשים צפויה יציבות צפויה החמרה

הצהרה ופרטי הרופא המומחה בגריאטריה שביצע הערכה זו

1. מילאתי טופס זה על סמך בדיקתי.
 פרטי המוסד הרפואי: _____
 שם המוסד הרפואי הציבורי _____ טלפון _____
 בחר באחת מהאפשרויות

מילאתי טופס זה על סמך בדיקתי והערכה גריאטרית שערכתי בתאריך _____

מילאתי טופס זה לפי בדיקתי בתאריך _____ ועל סמך הערכה גריאטרית שערך ד"ר _____

בתאריך _____ (נא לצרף את הערכתו).
 שם הרופא המומחה בגריאטריה _____ חותמת המוסד הרפואי הציבורי או המרפאה _____

<table border="1"> <tr> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="12" style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</td> </tr> <tr> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">סוג המסמך</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">דפים</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">7</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">8</td> <td colspan="2" style="text-align: center;"></td> <td colspan="2" style="text-align: center;"></td> </tr> </table>													מס' זהות / דרכון																								סוג המסמך		דפים		7		8						לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' זהות / דרכון																																																	
סוג המסמך		דפים		7		8																																											

חותמת קבלה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: סיעוד

1 פרטים אישיים של המבוטח

	תאריך תביעה <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">שנה</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">חודש</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">יום</td> </tr> </table>												שנה			חודש			יום			מספר זהות/דרכון <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> </tr> </table>																					קוד גמלה 96
שנה			חודש			יום																																					
		שם פרטי	שם משפחה																																								
חבר בקופת חולים <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____																																											

2 הצהרת המבוטח או האפוטרופוס

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, או האפוטרופוס של המבוטח, להלן הפרטים האישיים של האפוטרופוס:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות _____

מוותר על הסודיות הרפואית שלי:

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי אודותיי.

חתימת המבוטח או האפוטרופוס

נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי למסור לנותן השירותים שיספק לי את שירותי הסיעוד מידע רפואי וסוציאלי אודותיי הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.

חתימת המבוטח או האפוטרופוס

נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי למסור לרשות ההגירה ולקבל מרשות ההגירה מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.

חתימת המבוטח או האפוטרופוס

נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי למסור למחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית ולקבל מהמחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית, מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, לרבות מידע על גמלת סיעוד, לו אקבלה.

חתימת המבוטח או האפוטרופוס

נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לקופ"ח בה אני מבוטח את תוצאות הערכות התלות שתערכנה בגין תביעה זו.

חתימת המבוטח או האפוטרופוס