



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה

תביעת גמלה לילד נכה

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

חותמת קבלה

תאריך תביעה

שנה	חודש	יום
-----	------	-----

1

פרטי הילד

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
תאריך לידה	תאריך עלייה	קופת החולים שבה מבטוח הילד כתובת:
שנה חודש יום	שנה חודש יום	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
		דירה
		יישוב
		מיקוד
האם הילד שוהה עכשיו או שהה בעבר במוסד / במשפחה אומנת / בפנימייה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן: <input type="checkbox"/> במוסד / בפנימייה כתובת: _____ <input type="checkbox"/> במשפחה אומנת כתובת: _____ <input type="checkbox"/> שהה מתאריך _____ עד תאריך _____ ומתאריך _____ עד תאריך _____ <input type="checkbox"/> עדיין שוהה		
האם הילד מיועד להיכנס למעון שיקומי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		

2

פרטי מגיש התביעה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
קרבה אל הילד: <input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> אח/אחות <input type="checkbox"/> סב/סבתא <input type="checkbox"/> אפטרופוס (יש לצרף צו אפטרופוסות) <input type="checkbox"/> אחר _____	האם מייצג אותך עו"ד / חברה למימוש זכויות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן (פרטי למטה)	
שם עו"ד / חברה מימוש זכויות	כתובת	טלפון
כתובת מגורים/מען למכתבים: <input type="checkbox"/> עם הילד <input type="checkbox"/> אחר, פרט:		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
		דירה
		יישוב
		מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני: _____@_____
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:		
שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.		

פרטים על ילדים שבגינם משולמת קצבת ילד נכה

מספר זהות	שם הילד	מספר זהות	שם הילד
		4	
		5	
		6	

פרטים על מצבו הרפואי של הילד

מסמכים נדרשים	פרטי הליקוי הרפואי / המחלה
<input type="checkbox"/> אבחון רפואי מפסיכיאטר ילדים ונוער או מנורולוג או מרופא התפתחותי <input type="checkbox"/> אבחון פסיכולוגי מפסיכולוג התפתחותי/קליני/ שיקומי/ חינוכי ובו שימוש במבחן פסיכולוגי מותאם לגיל הילד <input type="checkbox"/> דוח המפרט את הכלי שבו בוצע האבחון (GARS, CARS, ADOS, PODIT, ADI, DSM-IV)	ספקטרום אוטיסטי
<input type="checkbox"/> מידע מרופא אנדוקרינולוג או מומחה לטיפול בסכרת המטפל במחלקה בבית החולים <input type="checkbox"/> אם הילד אושפז, יש לצרף מסמך סיכום אשפוז	סכרת נעורים
<input type="checkbox"/> אודיוגרמה – בדיקת שמיעה מעודכנת בהולכת אוויר ללא מכשירי שמיעה וטימפנוגרם אם נדרש	ליקוי שמיעה / חירשות
<input type="checkbox"/> סיכום מידע רפואי מנורולוג או מרופא מטפל על סוג המחלה ומצב האיזון שלה, סוג ההתקפים ותדירותם ומידע על הטיפול הרפואי <input type="checkbox"/> אם הילד אושפז, יש לצרף מסמך סיכום מחלה	אפילפסיה
<input type="checkbox"/> בדיקת ראייה מעודכנת מרופא עיניים מטפל לחדות ראייה בכל עין עם אמצעי עזר <input type="checkbox"/> בדיקת ראייה מעודכנת מרופא עיניים מטפל לשדה ראייה בכל עין עם אמצעי עזר <input type="checkbox"/> תעודת עיוור ממשדד הרווחה – השירות לעיוור	ליקוי ראייה / עיוורון
<input type="checkbox"/> דוח התפתחותי / רפואי מעודכן <input type="checkbox"/> מסמך מעודכן על הטיפולים הפרא רפואיים (קלינאי תקשורת, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וכדומה) <input type="checkbox"/> אבחון מרופא התפתחותי ופסיכולוג מהמכון להתפתחות הילד, ובו פירוט רמת העיכוב (DQ) כולל הכלי בו נעשה השימוש (ג'יזל, מולן, ביילי, גרפיתיס ודומיהם)	עיכוב התפתחותי
<input type="checkbox"/> דוח התפתחותי / רפואי מעודכן <input type="checkbox"/> מסמך מעודכן על טיפולים פרא רפואיים (קלינאי תקשורת, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וכדומה)	סיוע בתקשורת
<input type="checkbox"/> מסמך רפואי ממומחה לאלרגיות על ההיסטוריה הרפואית, תכנית הטיפול והצורך במזרק אפיפן. <input type="checkbox"/> תוצאות מעודכנות, המעידות על רגישות יתר ניכרת (בדיקות עזר לאבחנת רגישות יתר מסוג תבחין עורי, מבחן תגר) <input type="checkbox"/> תיעוד לתגובה אלרגית כולל מרכיב נשימתי או שוק אנפילקטי.	אלרגיות
<input type="checkbox"/> דו"ח מהמכון להתפתחות הילד עם סיווג הרמה התפקודית לפי מבחן gmfcs+macs <input type="checkbox"/> מסמך רפואי מנורולוג.	שיתוק מוחין/ CP
<input type="checkbox"/> מסמך רפואי מעודכן על אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון ההיסטוריה הרפואית, סוג הטיפול שניתן, ותדירותו. <input type="checkbox"/> דוח על מעקב במרפאות מומחים – פירוט תכנית הטיפולים בהמשך <input type="checkbox"/> מסמך רפואי מנורולוג (רק למי שסובל מליקוי בשתי גפיים)	<input type="checkbox"/> העדר 2 גפיים <input type="checkbox"/> ליקוי בשתי גפיים

המשך - פרטים על מצבו הרפואי של הילד

מסמכים נדרשים	פרטי הליקוי הרפואי / המחלה
<input type="checkbox"/> מסמך רפואי מעודכן על אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון ההיסטוריה הרפואית, סוג הטיפול שניתן, ותדירותו. <input type="checkbox"/> דוח על מעקב במרפאות מומחים – פירוט תכנית הטיפולים בהמשך	טיפול רפואי <input type="checkbox"/> דיאליזה <input type="checkbox"/> צנתור <input type="checkbox"/> עירויי דם <input type="checkbox"/> הזנה/ האכלה <input type="checkbox"/> חמצן <input type="checkbox"/> ציטוטוקסיה <input type="checkbox"/> אחר _____
<input type="checkbox"/> מסמך ממרפאה ופסיכיאטר מטפל, כולל תכנית טיפול	<input type="checkbox"/> הפרעות נפשיות
<input type="checkbox"/> מסמך רפואי מעודכן על אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון סוג הטיפול שניתן, ותדירותו <input type="checkbox"/> דוח על מעקב במרפאות מומחים	מחלה/תסמונת <input type="checkbox"/> תסמונת דאון <input type="checkbox"/> דחף בלתי נשלט לאכילה <input type="checkbox"/> שברים <input type="checkbox"/> פתולוגים <input type="checkbox"/> דלקות כרוניות <input type="checkbox"/> מחלה ממארת <input type="checkbox"/> אחר _____
<input type="checkbox"/> אבחון של האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית במשרד הרווחה <input type="checkbox"/> אישור של ועדת השמה על הצורך בלימודים במסגרת מיוחדת	<input type="checkbox"/> מוגבלות שכלית
<input type="checkbox"/> מסמך עדכני מנוירולוג ילדים, או פסיכיאטר ילדים, או מרופא מומחה מוסמך בטיפול בהפרעות קשב וריכוז <input type="checkbox"/> דו"ח חינוכי עדכני מהמסגרת החינוכית המיוחדת בה הילד מתחנך <input type="checkbox"/> אישור של ועדת השמה על הצורך בלימודים במסגרת מיוחדת	ADHD-הפרעות קשב, ריכוז והיפראקטיביות קשה
<input type="checkbox"/> אבחון מרופא מטפל הכולל אינדיקציה להנשמה, פירוט סוג המכונה ותאריך התחלת הנשמה קבועה	מונשם
	תלונות רפואיות

5

פרטים על פגיעה כתוצאה מתאונה ותביעה נגד צד שלישי

האם נכות הילד נגרמה כולה או חלקה כתוצאה מתאונת דרכים?

כן, תאריך התאונה _____ - **חובה לענות על שאלה זו** לא

האם נכות הילד כולה או חלקה נגרמה כתוצאה מאירוע תאונתי אחר (רשלנות, נפילה בדרך מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר וכד')?
 לא כן, פרט _____ - **חובה לענות על שאלה זו.**

מקום אירוע התאונה ונסיבותיה: _____

נמסרה הודעה למשטרה?

לא כן, לתחנת המשטרה ב _____ בתאריך _____ מס' התיק _____

האם הוגשה או עומדים להגיש תביעה לפיצויי נזיקין? לא כן, פרט _____
 שם משפחה ושם פרטי של הנתבע _____ תאריך הגשת התביעה _____
 פרטי עו"ד המייצג את הילד בתביעה (שם ושם המשרד) _____

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

6

הסכמה לקביעה בידי רופא ללא נוכחות. נא לחתום למטה אם אתה מעוניין שהנכות הרפואית תיקבע לפי מסמכים בלבד

אני מסכים בזה שרופא יקבע את הליקויים הרפואיים של הילד לפי מסמכים בלבד, ובלי לזמן את ילדי לבדיקה רפואית. ידוע לי, שלמרות הסכמתי זו יהיה על הילד להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת. לתשומת לבכם: אם ילדכם יבדק באמצעות מסמכים וללא נוכחותו, לא ניתן יהיה לבדוק אותו לעניין "תלות לחלוטין" (בדיקה פיזית הבוחנת את מידת התלות בעזרת הזולת, בביצוע פעולות יומיום (אכילה, ניידות בתוך הבית, הלבשה, רחצה, היגינה אישית)). מי שנקבע לו כי הוא תלוי לחלוטין בעזרת הזולת בביצוע פעולות היומיום, זכאי לקצבה בשיעור 188%.

חתימת התובע * _____

7 פרטי חשבון הבנק של התובעת/ת

7

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 הילד שבגיני מוגשת התביעה. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק 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, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה. 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 פרטיהם של מושכי התשלומים.

_____ x חתימת מקבל הגמלה
 _____ x חתימה/חתימות השותפים לחשבון
 תאריך

8 הצהרה

8

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין 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. ידוע לי, כי הביטוח הלאומי מעביר מידע על מקבלי קצבת ילד נכה לגורמי ממשל, בהתאם לסמכותם בחוק ולצורך מיצוי זכויות. אני מסכים בזאת להעביר מידע למשרד הרווחה – השירות לעיוור – במידה וייקבע ליקויי ראייה. ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

_____ x חתימת מגיש התביעה
 _____ x תאריך

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה



כתב ויתור על סודיות רפואית

שם הגמלה: ילד נכה

פרטים אישיים

	תאריך תביעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה																																								
	<table border="1"> <tr> <td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">שנה</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">חודש</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">יום</td> </tr> </table>											שנה			חודש				יום				<table border="1"> <tr> <td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td> </tr> </table>																				30
שנה			חודש				יום																																				

שם פרטי	שם משפחה
---------	----------

חבר בקופת חולים

כללית מאוחדת מכבי לאומית אחר _____

הצהרה

אני _____ הח"מ, מספר זהות _____

יחס קרבה לרשום מטה: הורה אפוטרופוס אחר _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלה, למצב הרפואי, לטיפול שניתן, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרשו או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי על אודות המבוטח.

תאריך _____ חתימת מגיש התביעה * _____