



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה

**בקשה לבדיקה מחדש
למקבל קצבת ילד נכה**

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

1 פרטי הילד

מספר זהות ס"ב	שם פרטי	שם משפחה
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	ישוב	מיקוד

האם הילד שווה עכשיו או שהה בעבר במוסד או במשפחה אומנת או בפנימייה? לא כן:

במוסד / בפנימייה כתובת: _____

במשפחה אומנת כתובת: _____

שהה מתאריך _____ עד תאריך _____ ומתאריך _____ עד תאריך _____

עדיין שווה

2 פרטי מגיש התביעה

מספר זהות ס"ב	שם פרטי	שם משפחה
קרבה אל הילד:		
<input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> אח/אחות <input type="checkbox"/> סב/סבתא <input type="checkbox"/> אפוטרופוס (יש לצרף צו אפוטרופסות) <input type="checkbox"/> אחר _____		
כתובת מגורים/מען למכתבים: <input type="checkbox"/> עם הילד <input type="checkbox"/> אחר, פרט:		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	ישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
_____	_____	_____ @ _____

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

3 פרטים על מצבו הבריאותי של הילד (יש לצרף מסמכים רפואיים מעודכנים)

3

4 הצהרה

4

אני החתום מטה מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם 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 הזכאות לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. ידוע לי, כי עליי להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים. במידת הצורך, אני מסכים לבדוק מחדש את הליקוי הרפואי. ידוע לי, שבדיקה זו יכולה לגרום לשינוי ולהשפיע על הזכאות לקצבת ילד נכה (לרבות הפחתתה).

חתימת מגיש התביעה ✕

תאריך

עמוד 3 מתוך 3

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: שר"מ וילד נכה

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	שם משפחה
30		שנה חודש יום	
שם פרטי		שם פרטי	
חבר בקופת חולים			
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____			

הצהרה

אני _____ הח"מ, מספר זהות _____

יחס קרבה לר"מ הורה אפוטרופוס אחר _____

מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלה, מצב הרפואי, הטיפול שניתן, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודות המבוטח.

תאריך _____ חתימת מגיש התביעה * _____