

תאריך: _____

טופס בקשה לבחינת נכות תפקודית

1. פרטים אישיים:

שם פרטי		שם משפחה		ת.ז.	
מ.א.		תאריך לידה		שם האב	
ר	נ	א	ג	מצב משפחתי	
שנת נישואין		מספר ילדים			

ישוב		רחוב		מספר בית	
טלפון בבית		טלפון נייד		טלפון נייד	

2. פרטי חשבון בנק (שהינך הבעלים בו):

שם בנק	מס' בנק	מס' סניף	מס' חשבון	כתובת
--------	---------	----------	-----------	-------

* יש לצרף תדפיס בנק או מחאה מבוטלת המצוינים בו פרטי חשבונך הנ"ל.

3. פרטים על אירוע הפגיעה/המחלה:

מתאריך:	עד תאריך:	מתאריך:	עד תאריך:
מועד השירות במילואים הרלוונטי לפגיעה	תאריך הפגיעה	תאריך סיפוח לר"מ 2	
תאריך הגשת תביעה לאגף השיקום	מספר תיק באגף השיקום	אחוזי נכות באגף השיקום	

א. מתי אירעה הפגיעה או מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה

ב. פרטים על מהלך, סיבות ותוצאות אירוע הפגיעה / המחלה

ג. באילו מוסדות רפואיים טופלת בקשר לנכות / למחלה – פרט בנוסף את שמות הרופאים אשר טיפלו בך?

ד. האם אתה עדיין מאושפז בבית חולים / בית החלמה? מרותק לביתך עקב הוראות רופא? אם כן, פרט

ה. האם שונה הפרופיל הצבאי שלך בעקבות המחלה / אירוע הפגיעה? אם כן, מהו הפרופיל שלך לפני המחלה / אירוע הפגיעה, מהו הפרופיל אחרי המחלה / אירוע הפגיעה ומהם סעיפי הליקוי?

ו. עד מתי עבדת לאחרונה בעבודתך הרגילה? אצל איזה מעביד?

ז. פרט את אופי ודרישות עבודתך ערב הפגיעה:

ח. האם שבת למקום עבודתך או לעיסוקך, מאז קרות המחלה / אירוע הפגיעה? אם כן מתי?

במידה ולא, האם תוכל להערכתך לשוב לעבודתך או עיסוקך טרם קרות המחלה / אירוע הפגיעה?

ט. האם תוכל לדעתך לעבוד בעבודה אחרת או בעיסוק שונה? אם כן, איזה?

י. האם הנכות / אובדן כושר העבודה גרמו ע"י אירוע הפגיעה/המחלה?

יא. האם כיום אתה בעלים או שותף בעסק כלשהו? אם כן, פרט על העסק ושיעור בעלותך בו?

יב. האם אתה עובד עכשיו, עבור שכר או תגמול?

אם כן, מהי עבודתך?

מתי התחלת לעבוד בה?

יג. במידה ואינך עובד, מתי עבדת בפעם האחרונה? מה היתה עבודתך? מתי התחלת לעבודה בה?

יד. האם יש לך מקורות הכנסה נוספים שלא פורטו לעיל? יש לפרט את כל מקורות ההכנסה הקיימים

4. פרטים על השכלתך:

מספר שנות לימוד	יסודית	תיכונית	על תיכונית	אקדמית	תחום לימודים
					סוג השכלה

א. פרט קורסים והשתלמויות מקצועיות שעברת (כולל השירות הצבאי):

5. פרטים על עיסוקך ב - 3 שנים אחרונות לפני אירוע הפגיעה/המחלה:

מס"ד	שם המעסיק	סוג העיסוק (שכיר ו/או עצמאי)	תחום העיסוק	תקופת העסקה		שכר ברוטו (בש"ח)	סיבה להפסקת העבודה
				מתאריך	עד תאריך		
1							
2							
3							

6. פרטים על עיסוקך לאחר אירוע הפגיעה/המחלה:

מס"ד	שם המעסיק	סוג העיסוק (שכיר ו/או עצמאי)	תחום העיסוק	תקופת העסקה		שכר ברוטו (בש"ח)	סיבה להפסקת העבודה
				מתאריך	עד תאריך		
1							
2							
3							

7. פרטי תגמולים מאגף השיקום:

הנני מקבל תגמול חודשי מאגף השיקום מסוג (סמן בעיגול את התגמולים שהינך מקבל):

- תגמול נכות בגובה _____ ₪.
 - תט"ר (תשלום טיפול רפואי) בגובה _____ ₪.
 - תג"ם (תשלומי מחיה מיוחדים) בגובה _____ ₪.
 - תגמול נצרך בגובה _____ ₪.
 - תגמול דמי חוסר פרנסה בגובה _____ ₪.
 - תגמול דמי קיום ללימודים בגובה _____ ₪.
- * יש לצרף אישורים על קבלת התגמולים הנ"ל.

8. פרטי זכאות מקופות גמל / מחברות ביטוח / מקרנות פנסיה / בהן הינך עמית

עפ"י חוק או עפ"י הסכם קיבוצי:

א. האם היית עמית בקופת גמל / בחברת ביטוח / בקרן פנסיה, עפ"י חוק או עפ"י הסכם קיבוצי לפני פציעתך/מחלתך? כן / לא (הקף בעיגול).

ב. האם יש לך ביטוחים המכסים נכות מאירוע הפגיעה ו/או המחלה? אם כן, פרט (שם המעסיק מטעמו נעשה הביטוח, שם חברת הביטוח, סוג הפוליסה, סכום הפיצוי וכו')

ג. האם הגשת תביעה למוסד לביטוח לאומי בעקבות אירוע הפגיעה / המחלה? כן/לא (הקף בעיגול).

ד. במידה והיית עמית בקופת גמל / בחברת ביטוח / בקרן פנסיה, האם הינך מקבל מהם סכום כספי כל חודש ו/או סכום חד פעמי, עקב פציעתך/מחלתך? כן / לא (הקף בעיגול). במידה ולא - פרט מדוע?

ה. במידה והינך מקבל סכום כספי כל חודש ו/או סכום חד פעמי מקופת גמל / מחברת ביטוח / מקרן פנסיה, עקב פציעתך/מחלתך, יש למלא את הפרטים הבאים:

סוג	שם קרן הפנסיה/ חברת הביטוח/ קופת הגמל/ אחר	סכום התקבולים	חודש/י/חד פעמי
חברת ביטוח / קופת גמל/ קרן פנסיה/ אחר (הקף בעיגול)			
חברת ביטוח / קופת גמל/ קרן פנסיה/ אחר (הקף בעיגול)			
חברת ביטוח / קופת גמל/ קרן פנסיה/ אחר (הקף בעיגול)			

ו. במידה שקרן הפנסיה / קופת הגמל מנוהלת ע"י חברת ביטוח, יש לציין את מספר הפוליסה.

ז. במידה שקרן הפנסיה / קופת הגמל מנוהלת ע"י בנק, יש לציין את שם הבנק.

ח. אם היית עמית בקופת גמל / בחברת ביטוח / בקרן פנסיה לפני פציעתך / מחלתך, יש לצרף אישורים על זכאות לתקבולים הנ"ל או על אי זכאות מקופת הגמל / מחברת הביטוח / מקרן הפנסיה, בהם הינך עמית.

ט. אם אינך זכאי לסכום כספי כל חודש ו/או לסכום חד פעמי מקופת גמל/ מחברת ביטוח/ מקרן פנסיה, אבקשך לצרף הצהרה על כך (בין אם היית עמית ובין אם לא היית עמית).

הצהרה

אני החתום מטה, _____, שם משפחה _____ שם פרטי _____ מ.א. _____ ת.ז. _____

מצהיר בזה, כי תשובותיי לעיל הינן מלאות וכנות וכי לא העלמתי פרטים רלוונטיים. הינני מצהיר ומתחייב, כי אם יודעו לי פרטים נוספים הנוגעים לשאלון זה, אמסור פרטים משלימים אלה לצה"ל מיד עם היוודעם לי. ידוע ומוסכם עליי, כי צה"ל יהיה רשאי להתאים את סכום הקצבה המשולמת לי למידע נוסף שיגיע לידי, הן באמצעותי והן באמצעות אחרים, לאחר מתן ההצהרה. ידוע לי, כי על פי הוראות חוק תשלום קצבאות לחיילי מילואים ולבני משפחותיהם, התשס"ב-2002, העלמת פרטים בהצהרתי זו או מתן תשובות שאינן מלאות וכנות תגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכותי לפיצוי עפ"י חוק.

ולראיה באתי על החתום

חתימת המצהיר

תאריך

העברת המידע

תשומת ליבך מופנית לכך, שהמידע והמסמכים המועברים על ידך לצורך תביעת הקצבה, יועברו על ידינו במקרה הצורך לרשויות אחרות במדינה (כגון: משרד הבטחון, המוסד לביטוח לאומי ונציבות מס הכנסה), על מנת שיהיה ניתן לברר את מלוא הפרטים הנוגעים לתביעתך. בנוסף, במסגרת זו יועבר אלינו מידע מרשויות אלה ואחרות, בנוגע לפרטים הדרושים לבירור תביעתך.

ייפוי כוח לקבלת מידע

אני החתום מטה, _____

שם משפחה	שם פרטי	מ.א	ת.ז
מייפה את כוחו של צה"ל ומי שמטעמו, לקבל מידע מקופות הגמל למיניהן המצוינות לעיל, לצורך בירור זכויותי בהסדרים השונים מכל חברת ביטוח, קופת פנסיה, קופת גמל וכל גוף אחר בנוגע למימוש זכויות הביטוח ו/או הזכויות הפנסיוניות המגיעות לי עקב אירוע הפגיעה, שאירע תוך ועקב שירותי במילואים.			

ולראיה באתי על החתום

חתימת המצהיר

תאריך

הצהרה על ויתור סודיות רפואית

אני החתום מטה, _____

ת.ז.

מ.א.

שם פרטי

שם משפחה

1. נותן בזה רשות לכל אדם, העובד או המשרת בכל מוסד רפואי או בכל ספק שירותי רפואה ובכלל זה קופת חולים, בית חולים, מרפאה פרטית, או מטעמם; לכל משרד ממשלתי לרבות משרד הבריאות, משרד התחבורה, משרד הבטחון והמוסד לביטוח לאומי, לכל קופת גמל וכן לכל מטפל כהגדרתו בחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 למסור לבעלי תפקידים במשרד הביטחון ובחיל הרפואה ובאגף כוח האדם של צה"ל, האמונים על ביצוע ויישום הוראות חוק תשלום קצבאות לאנשי מילואים ולבני משפחותיהם, התשס"ב-2002 והתקנות על-פיו, את כל המידע המצוי בידיהם על מצבי הבריאותי, ללא יוצא מן הכלל ובאופן שיידרש.

לעניין כתב ויתור על סודיות זה (על סעיפיו השונים) – "מידע על מצבי הבריאותי": מידע על מצב בריאותי הן מהבחינה הפיזית והן מהבחינה הנפשית - לרבות מידע הנוגע לטיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי, ואו על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת או מידע על מצבי הסוציאלי או הסיעודי ואו השיקומי ואו על תשלומים המשתלמים לי בגין מצבי הבריאותי.

2. הנני משחרר בזה כל גוף או אדם כמפורט בסעיף 1 לעיל מחובת השמירה על הסודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג שהוא כלפי כל המוסר מידע בהתאם לכתב ויתור על סודיות זה.

3. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות והאנשים המנויים שפורטו בסעיף 1 לעיל.

4. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

ולראייה באתי על החתום:

חתימת המצהיר

תאריך

(יצוין, כי בכל מקרה מועד הזכאות לקצבה צה"לית, בגין נכות תפקודית, לא יהיה מוקדם משנתיים מיום קבלת טופס תביעה זה במשרדנו).

טופס זה מנוסח בלשון זכר אולם פונה לשני המינים

הצהרת נכה המילואים על קופת גמל/קרן פנסיה/חברת ביטוח

אני החתום/ה מטה, _____
שם משפחה שם פרטי מ.א.

מצהיר בזאת, כי אני מקבל קצבה חודשית ולא קיבלתי סכום חד פעמי
מקרן פנסיה ואו מחברת ביטוח ואו מקופת גמל,
עקב פציעתי תוך כדי ועקב שירות מילואים, למעט התגמולים מאגף השיקום.

ולראיה באתי על החתום

תאריך חתימה

טופס הצהרה לצורך תיאום דמי ביטוח לאומי ומס בריאות

ימולא ע"י זכאי לקצבה, שיש לו הכנסה נוספת ממנה מנוכים דמי ביטוח לאומי ומס בריאות

לכבוד : מופ"ת, ענף עוצמ"ה, מדור מילואים, ד.צ. 2369

אני הח"מ, _____, מ.א. _____, ת.ז. _____

מצהיר בזאת כי :

עבדתי בתקופות הבאות :

החל מתאריך _____	ועד _____
החל מתאריך _____	ועד _____
החל מתאריך _____	ועד _____
החל מתאריך _____	ועד _____

ומהכנסותיי בתקופות אלו נוכו דמי ביטוח לאומי ומס בריאות.

הנני מתחייב להודיע למחלקת מופ"ת על כל שינוי בנתונים שלעיל .

ולראיה באתי על החתום _____

תאריך _____

לתשומת לבך :

המוסד לביטוח לאומי שומר לעצמו את הזכות לבדוק בעתיד את הצהרת מקבל הקצבה על פי טופס 126 המדווח על ידי המעסיק או משלם הקצבה.

לשימוש מחלקת מופ"ת ()

אירוע 8410 ת.תחילה _____/____/____ סוג דיווח 1 ת.סיום _____/____/____

פרטי החשב וחתימתו	תאריך
פרטי המבקר וחתימתו	תאריך