



המוסד לביטוח לאומי  
מנהל הגמלאות  
ביטוח נכות  
**בקשה לבדיקה מחדש  
למקבל קצבת שירותים  
מיוחדים.**

**חותמת קבלה**

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

מס' זהות / דרכון

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

סוג המסמך

--	--

דפים

--	--

עמוד 1 מתוך 3

לידיעתך, בקשה זו יכולה לגרום לשינוי באחוזי הנכות ולהשפיע על זכאותך לקצבת נכות ולקצבת שירותים מיוחדים (לרבות הפחתתם).

**1**

**פרטי המבקש**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

האם אתה שווה עכשיו או שהיית בחצי שנה האחרונה במוסד?  לא  כן, פרט \_\_\_\_\_

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים)**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS		

**מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

**2**

**נימוקי הנכה לבקשה לבדיקה מחדש**

יש לפרט את השינויים שחלו במצבך הרפואי מאז הבדיקה הקודמת ולצרף אישורים רפואיים עדכניים ומפורטים

---



---



---



---



---

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

3

**הסכמה לקביעת רופא ללא נוכחות – חתום אם אינך מעוניין להיבדק ע"י רופא**

אני מסכים בזה שרופא יקבע את מצבי הרפואי ואחוזי נכותי לפי מסמכים בלבד ומבלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שלמרות זו יהיה עלי להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

\_\_\_\_\_ x  
חתימת התובע

\_\_\_\_\_ תאריך

**הצהרה**

4

אני החתום מטה תובע גמלת שירותים מיוחדים, ומצהיר בזה, 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 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

במידת הצורך, אני מסכים להיבדק מחדש לעניין אחוזי נכות רפואית. ידוע לי, שבדיקה זו יכולה לגרום לשינוי באחוזי הנכות, ולהשפיע על זכאותי לקצבת נכות ולקצבת שירותים מיוחדים (לרבות הפחתתם).

\_\_\_\_\_ x חתימת התובע / מקבל הגמלה או מגיש התביעה

\_\_\_\_\_ תאריך

**חותמת קבלה**

**המוסד לביטוח לאומי**  
מנהל הגמלאות  
ביטוח נכות



**כתב ויתור סודיות רפואית**

**שם הגמלה: שירותים מיוחדים - נכות**

**פרטים אישיים של המבוטח**

	תאריך תביעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה																
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">יום</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">חודש</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">שנה</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>									יום	חודש	שנה		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					<b>33</b>
יום	חודש	שנה																	
	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 _____																			

**הצהרה**

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח ✕ \_\_\_\_\_