



תביעה לבדיקה מחדש של זכאי לגמלת סיעוד עקב טענת החמרה

חובה לצרף לטופס זה

תדפיס מידע רפואי ממוחשב (תמצית תיק רפואי אבחנות ותרופות) חתום על ידי רופא מטפל רופא המשפחה) ו/או סיכום אשפוז שהתקיים ב-3 חודשים אחרונים.

כיצד יש להגיש את הבקשה

את טופס הבקשה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות וביירוטים יש לפנות לטלפון 6050* או 04-8812345.

לצורך קבלת הסבר וסיוע במילוי טופס הבקשה, ניתן לפנות למחלקת ייעוץ לקשיש בסניפי המוסד לביטוח לאומי בטלפון: 02-6463400.

לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

מי שהגיע לגיל 90

אם מלאו לך 90 שנה, באפשרותך לבחור בביצוע הערכה תפקודית על ידי רופא מומחה בגריאטריה* (ללא תשלום על ידי התובע), במקום על ידי מעריך המוסד. אם בחרת להיבדק על ידי רופא מומחה בגריאטריה, על הרופא המומחה למלא את נספח ג' המצ"ב, טופס זה יצורף לתביעה, נוסף לתדפיס מידע רפואי מהרופא המטפל. * **על פי החוק יוכל לערוך הערכה זו רופא מומחה בגריאטריה המועסק ב"מוסד רפואי ציבורי שבבעלות הממשלה, קופת חולים או רשות מקומית, או תאגיד שהוא מוסד ציבורי..."** **הערה:** מי שנבדק ע"י מעריך יוכל להגיש הערכה תפקודית של מומחה בגריאטריה רק אם חלפו 6 חודשים ממועד ביצוע ההערכה הקודמת.

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

**תביעה לבדיקה מחדש של
זכאי לגמלת סיעוד עקב
טענת החמרה**

עמוד 1 מתוך 4

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center; font-size: small;">מס' זהות / דרכון</td> </tr> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: small;">סוג המסמך</td> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: small;">דפים</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> </div>											מס' זהות / דרכון																				סוג המסמך		דפים								לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
מס' זהות / דרכון																																										
סוג המסמך		דפים																																								
תאריך קובע <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center; font-size: small;">שנה חודש יום</td> </tr> </table>											שנה חודש יום										תאריך תביעה <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center; font-size: small;">שנה חודש יום</td> </tr> </table>											שנה חודש יום										
שנה חודש יום																																										
שנה חודש יום																																										

פרטי התובע

1

מספר זהות ס"ב <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> </table>											שם פרטי	שם משפחה													
מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידוע/ה בציבור	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	תאריך לידה <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center; font-size: small;">שנה חודש יום</td> </tr> </table>											שנה חודש יום												
שנה חודש יום																									
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)																									
מיקוד	ישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר																				
דואר אלקטרוני	טלפון נייד	טלפון קווי																							
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> </table>											<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> </table>													
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS																									
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)																									
מיקוד	ישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר																				
התובע נמצא כעת ב:																									
<input type="checkbox"/> בכתובת הנ"ל																									
<input type="checkbox"/> בבית חולים (ניתן להגיש תביעה רק כאשר יש מועד מתוכנן לשחרור מבית חולים). פרט:																									
שם בית החולים: _____ מחלקה: _____ תאריך שחרור: _____																									
<input type="checkbox"/> בכתובת אחרת. פרט:																									
אצל: _____ כתובת: _____																									

בן/בת משפחה או אפוטרופוס – לתאום ביקור

2

- בבקשה לתאום עם אפוטרופוס, יש לצרף אישור על מינוי אפוטרופוס
- לא ניתן לרשום בבקשה לתאום מי שאינו בן/בת משפחה או אפוטרופוס. בקשה לתאום עם גורם אחר תוגש במצורף לתביעה ותכלול נימוקים לבקשה ותאור מפורט של הקשר עם תובע.
- **נא לציין האם הינך מעוניין להיות נוכח בעת הביקור כן לא**

שם משפחה	שם פרטי	הקשר לתובע																					
טלפון קווי	טלפון נייד																						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> </table>											<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> </table>												

האנשים הגרים עם התובע

3

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	יחס קרבה	שנת לידה	ציין אם קיימת הגבלה בתפקוד ואם מקבל גמלת סיעוד/שירותים מיוחדים או אחרת בשל מגבלה זו
1	ס"ב				
2	ס"ב				

4

פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי

1. האם התלול בזולת נגרמה כתוצאה מתאונה (תאונת דרכים או תאונה אחרת)?

לא כן, פרט:

סוג התאונה: תאונת דרכים תאונה אחרת

תאריך התאונה: _____ מקום התאונה: _____

נסיבות אירוע התאונה: _____

2. האם נמסרה הודעה למשטרה?

לא כן, לתחנת המשטרה ב: _____ מס' תיק: _____

כתובת תחנת המשטרה: _____

3. האם הגשת או תגיש תביעה לפיצוי נזיקין?

לא כן, בתאריך: _____

מיהו הנתבע: _____ מס' התיק: _____

4. עורך הדין המייצג אותך בתביעה:

שם: _____ טלפון: _____ טלפון נייד: _____

כתובת: _____

5. האם קיבלת פיצוי נזיקין בגין התאונה?

טרם קיבלתי פיצוי קיבלתי פיצוי

בסך: _____ מאת: _____ בתאריך: _____

5

ויתור סודיות

ויתור סודיות ייחתם על ידי התובע או אפטרופוס (אם מונה לו כזה).
הויתור מהווה תנאי הכרחי לטיפול בתביעה.

אני _____ הח"מ, מס' ת.ז. _____
מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיי.

אני _____ הח"מ, מס' ת.ז. _____
נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי למסור מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד, לחברי הועדה המקומית ועובדים הפועלים מטעמם וכן לנותן השירותים שיספק לי את שירותי הסיעוד.
אני מאשר בזה כי ידוע לי שמידע על מחלה מדבקת (אם קיימת) יימסר לנותן השירותים ולמטפלת מטעמו.

תאריך _____ חתימת התובע ✕ _____
אם החותם אינו התובע, יש לצרף צילום צו אפטרופוס.

6

הצהרת התובע ו/או מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים בבקשה לבדיקה מחדש שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, הן עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י 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.

בנוסף אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

ידוע לי כי המוסד רשאי להחליט על שיעור הזכאות, השארת שיעור הזכאות בעינה, הפחתה בשיעור הזכאות או שלילת הזכאות. הכול בהתאם לתוצאות ההערכה התפקודית.

_____ ✕ _____
תאריך שם פרטי ומשפחה חתימת התובע / מקבל הגמלה / מגיש התביעה

למלא אם מגיש התביעה אינו התובע:

טלפון נייד		טלפון קווי			הקשר לתובע
^		^			
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מספר בית	רחוב



נספח א'

עמוד 4 מתוך 4

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)									
מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך									
דפים									
08									

שם הנבדק:									
שנת לידה:									
ת.ז.									

הערכת תפקוד בפעולות היום יום על ידי רופא מומחה בגריאטריה למי שמלאו 90 שנה ויותר

לרופא – נא הקף בעיגול בכל סעיף בשורה העליונה, במקום המתאים על פני הרצף. על הציון לבטא צורך בעזרה שהנבדק זקוק לה בדרך כלל הן מסיבות של מגבלה מוטורית והן מסיבות של מגבלה מנטאלית.

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	
2. נפילות						
7	6	5	4	3	2	1
נופל בתדירות גבוהה לפחות אחת לשבוע ואינו קם לבדו		נופל בתדירות נמוכה כפעם בחודש במוצע 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	
3. הלבשה						
7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה בהלבשת מכנס/חולצה, פרוטזה, הכוונה צמודה בשל חוסר תובנה		זקוק לסיוע או דרבון 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/תחתון			זקוק לסיוע / דרבון קל ברחצה (כניסה למתקן הרחצה, נוכחות, חפיפת ראש, רחצת כפות רגלים)	
5. אכילה ושתייה						
7	6	5	4	3	2	1
תלוי לחלוטין בכל פעולות האכילה כולל שתייה		זקוק לעזרה בהאכלה (או שתייה), או מסרב בשל חוסר תובנה			זקוק לסיוע בנטילת תרופות, עיוורון מוחלט, אינו מחמם או מגיש לעצמו מנת מזון	
6. הפרשות – סיוע לטיפול בהפרשות						
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 בשלושת הפעולות			משתמש בשירותים/ אביזרים אך זקוק לעזרה בחלק תחתון, היגיינה אישית	
משתמש בשירותים/ אביזרים אך זקוק לעזרה בשלושת הפעולות		משתמש בשירותים/ אביזרים אך זקוק לעזרה בשלושת הפעולות			זקוק לסיוע קל (ריקון בקבוק, החתלה או ליווי בלילה)	
7. השגחה						
7	6	5	4	3	2	1
מסכן את עצמו או את סביבתו ולא ניתן לתכנן להשאירו לבד לפרקי זמן קצרים		זקוק להשגחה בביצוע פעולות היום יום ויש ירידה בתובנה ובזיכרון, אך ניתן להשאירו לבדו לפרקי זמן מסוימים			אינו מסכן את עצמו או את סביבתו	

פרטי מוסר המידע

בחר באחת מהאפשרויות

מילאתי טופס זה ע"ס בדיקתי והערכה גריאטרית שערכתי, במוסד הרפואי/מרפאה _____ בתאריך _____

מילאתי טופס זה ע"ס הערכה גריאטרית של ד"ר _____ בתאריך _____ ובדיקה שלי בתאריך _____

שם הרופא _____ תחום ההתמחות _____ שם מוסד הרפואי/מרפאה _____

חתימה _____ חותמת _____