



## تبיעה לגמלת סיוע

### חובה לצרף לטופס זה

1. תדייס מידע רפואי ממוחשב (תמצית תיק רפואי, אבחנות ותרומות), חתום על ידי רופא מטפל (רופא המשפחה), או סיכום אשפוז שהתקיים ב- 3 חודשים אחרונים.
2. אישורי הכנסות שלך ושל בן/בת זוג מכל המקורות (למעט קצבאות ביטוח לאומי) לשולשה חודשים רצופים מתוך ארבעה חודשים שקדמו לחודש הגשת התביעה.
3. אם הגשת התביעה בשנים עשר החודשים האחרונים מאז נדחתה, אין צורך להציג מחדש אישורי הכנסות.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ↳ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא לסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.
- ↳ לשאלות ולבירורים יש לפנותטלפון 6050\* או 04-8812345.
- ↳ לצורך קבלת הסבר וסייע במילוי טופס התביעה, ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד, בו מופיע סרטון הדריכה, או אפשר לפנות למחלקת הייעוץ לקשה בסניפי המוסד לביטוח לאומי טלפונ: -02-6463400. מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### מידע מאחות מרפאה/מעובדת סוציאלית

- ↳ אם רצונך לצרף, בנוסף לתדייס מידע רפואי, מידע מאחות מרפאה או מעובדת סוציאלית על האחות או עו"ם – יש למלא את ספקח א'.

### ביצוע הערצת תלות למי שהגיע לגיל 90

- ↳ אם מלאו לך 90 שנה, באפשרות לבחור ביצוע הערכה תפקודית על ידי רופא מומחה בגריאטריה במקום על ידי מעריך המוסד.
- ↳ על פי החוק יכול לבצע הערקה זו רופא מומחה בגריאטריה "במסגרת עבדתו במסד רפואי ציבור" שבבעלות הממשלה, קופת חולים או רשות מקומית, או תאגיד שהוא מוסד ציבור..."
- ↳ למען הסר ספק, אין מלא טופס זה במסגרת הביטוח הממשלים ("שב") או במסגרת פרטיאת לרבות שר"פ בית חולים ואין לראות בו נספח לבדיקה שנעשתה במסגרות אלו.
- ↳ בדיקת הרופא מומחה בגריאטריה היא לא עלות בעבור התובע ואין לבצע בזמן אשפוז.
- ↳ אם בחרת להיבדק ע"י רופא מומחה בגריאטריה, על הרופא למלא את נספח ב' המצורף.
- ↳ את הטופס שמילא הרופא, יש לצרף לتبיעה בנוסף לתדייס מידע רפואי מהרופא המטפל.

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוטש בלשון זכר, אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי  
מיניבל הגלומות  
סיעוד

 מספר זהות / דרכון  <input type="checkbox"/> סוג <input type="checkbox"/> דפים <input type="checkbox"/> המסמך	לשימוש פנימי בלבד (סרייה)
--	------------------------------------

<b>חותמת קבלה</b>
-------------------

<b>תאריך תביעה</b>  
----------------------------

### תביעה לגמלת סיעוד

#### פרטי התובע

מספר זהות ס"ב	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"/> גירוש/ה <input type="checkbox"/> ידועה הציבור	מין: <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	תאריך לידיה: 	
<b>התובע נמצא עתה ב:</b>			
<b><input type="checkbox"/> בכתובת מגוריו:</b>			
רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	שם
מיקוד	יישוב	דירה	טלפון נייד
<b><input type="checkbox"/> אני מאשר קיבלת הודעה מכתבים בדו"ר אלקטרוני</b>		<b><input type="checkbox"/> אני מאשר קיבלת הודעה SMS</b>	

**בבית חולים** (אפשר להגיש תביעה רק כאשר יש מועד מתוכן לשחרור מבית חולים). פרטו:

שם בית החולים: \_\_\_\_\_ מהלקה: \_\_\_\_\_ תאריך שחרורה: \_\_\_\_\_

**בכתובת אחרת.** פרטו: אצל: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_

רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	שם
מיקוד	יישוב	דירה	טלפון קווי

**כתובת לשלוח דואר** (ימולא רק אם בן משפחה/אפוטרופוס מבקש לשלוח מכתבים לכתובת שונה מהכתובת בה נמצא התובע עתה)

מספר זהות ס"ב	שם פרטי	שם משפחה
<b>רחוב / תא דואר</b>	<b>מספר בית</b>	<b> כניסה</b>
מיקוד	יישוב	דירה
מספר הטלפון ימולא רק אם בן משפחה/אפוטרופוס מבקש שהתקשרות תהיה באמצעותו		
<b><input type="checkbox"/> אני מאשר קיבלת הודעה SMS</b>		
<b>טלפון קווי</b>		

3

**בן/בת משפחה או אפוטרופוס – לティום ביקור לביצוע הערכת תלות**

- יש לצרף אישור על מינוי אפוטרופוס
- כדי לתאם ביקור עם גורם אחר יש לצרף לתביעה בקשה שתכלול נימוקים ותיאור מפורט של הקשר עם התובע.

שם המשפחה	שם פרטי	הקשר לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	
נא לציין אם מעוניין להיות נוכח בעת הביקור <input type="checkbox"/> כן <input checked="" type="checkbox"/> לא		

4

**פרטים נוספים****สภาพ דיבור**

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

**פרטי קופת חולים**

התובע שיר לkopfat cholim  כללית  מאוחדת  מכבי  לאומי  אחר  
 סניף קופת החולים שבו הוא מטופל \_\_\_\_\_

**יעוץ לקשר**היעוץ لكשיש מציע שירות ביקורי בית ע"י מתנדבים.  אני מעוניין בביקורי מתנדב**פרטים על בן/בת זוג**

שם המשפחה	שם פרטי	מספר זהות ו"ב

האם בן/בת הזוג הגיע/ה לתביעה לגמלת סיוע או מקבל/ת גמלת סיוע?  כן  לא

5

**האנשים הגרים עם התובע**

מספר זהות ו"ב	שם המשפחה	שם פרטי	יחס קרבה	שנת לידה	בתקודם ואם מקבל גמלת סיוע/שירותים מיוחדים ואחרת בשל מגבלת זו
1					
2					
3					

## פרטי הכנסות בשלושה חודשים מtower ארבעה שקדמו לתאריך הגשת התביעה

- סמן ✓ בטור המתאים, אם יש הכנסה וכן גם אם אין הכנסה, מהמקורות המפורטים בטבלה.
- צרף אישורים מתאימים בעבר מקורות הכנסה שכינית (פרט ל氪צבות ביטוח לאומי).

	הכנסות ב/בת זוג						הכנסות תובע		
	יש	אין	יש	מקור	יש	אין	מקור		
נא מלא גם חלק זה נא סמן ✓ בסעיף המתאים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עובדת שכירה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עובדת שכירה	
<input type="checkbox"/> כל הכנסות מעברות לחשבון הפרטி	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עובדת עצמאית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עובדת עצמאית	
<input type="checkbox"/> כל הכנסות מעברות לקופת הקיבוץ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פנסיה מעבודה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פנסיה מעבודה	
<input type="checkbox"/> חלק מההכנסות מעברות לחשבון הפרטி. נא פרט מאיו'ן מקורות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קצבה סוציאלית מחו"ל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קצבה סוציאלית מחו"ל	
<input type="checkbox"/> חלק מההכנסות מעברות לקופת הקיבוץ. נא פרט מאיו'ן מקורות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שכר דירה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שכר דירה	
<input type="checkbox"/> חלק מההכנסות מעברות לחשבון הפרטி. נא פרט מאיו'ן מקורות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמול משרד האוצר לנכי רדיופות הנאצים, רנטה מחו"ל לניצולי שואה או קצבה סוציאלית בגין עבודה בזמן המלחמה בgesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמול משרד האוצר לנכי רדיופות הנאצים, רנטה מחו"ל לניצולי שואה או קצבה סוציאלית בגין עבודה בזמן המלחמה בgesto	
<input type="checkbox"/> חלק מההכנסות מעברות לחשבון הפרטி. נא פרט מאיו'ן מקורות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמולים אחרים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמולים אחרים	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אחר. פרט:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אחר.	פרט:

## הוצאות קבועות: החזקה במוסד, תשלום דמי מזונות, תשלום שכר דירה.

יש לצרף אישורים בשלושה חודשים מtower ארבעה החודשים שקדמו לתובע התביעה.

סה"כ הוצאות ל-3 חודשים	סכום הוצאה לחודש				סוג הוצאה (ציין את סוג המתאים)
	לשימוש המוסד לביטוח לאומי	התשלומים עבור (ציין שם ויחס קירבה למטופע)	החזקקה במוסד	דמי מזונות	
_____	_____	_____	_____	_____	שכר דירה *
_____	_____	_____	_____	_____	שכר דירה *
_____	_____	_____	_____	_____	שכר דירה *

## תפקיד בפעולות היום יום

## ণיידות

 נייד בכוחות עצמו  עזרה חלקית – תמייכה נדרשת עזרה מלאה  רתוק לכיסא גלגליים או למיטה

## תפקיד בפעולות היום יום (סמן בכל אחד מהתקודדים את האפשרות המתאימה: עצמאי או זקוק לעזרה)

תפקיד	עצמאי	זקוק לעזרה	אם זקוק לעזרה, פרטי סוג עזרה
לבשה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
חזה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
אכילה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
טיפול בהפרשות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**קבלת תשלום או שירותים בעבר טיפול אישי או עזרת בית מהגורמים האלה (סמן את המתאים):**

9

 לא מקבל מקבל עזרה בבית או עזרת הוצאה משרד הביטחון**מגורים במוסד או בבית אבות – אם התובע גור במוסד (אישור זה י מלא המוסד או בית האבות)**

10

ת"ז: \_\_\_\_\_  
 נמצא במוסדנו: \_\_\_\_\_  
 תאריך כניסה: \_\_\_\_\_  
 כתובת המוסד: \_\_\_\_\_  
 מס' טלפון: \_\_\_\_\_

המוסד/מחלקה שבה נמצא התובע פועל ברישון:  משרד העבודה והרווחה  משרד הבריאות  ללא רישון  
 נמצא במחלקה:  סיעודית  לתושבים  לתשתיי נפש  אחרת, פרט: \_\_\_\_\_  
 התחששות בין המוסד לקישיש כללת:  ארוחות  ניקיון  כביסה  
 השתתפות בדמי החזקה על ידי גופ ציבורו המשרדיים:  בריאות  עבודה ורווחה  ביטחון  סוכנות  אין השתתפות

**מוסד בקיבוץ – ימלא גם את הפרטים האלה:**

המוסד מועד:  לחבר הקיבוץ ובני משפחותיהם בלבד  קולט קשיישים מבחו  
 מעמד התובע:  חבר קיבוץ  אורח בתשלום  אורח לא בתשלום  
 מתאריך: \_\_\_\_\_

**אישור המוסד/בית האבות**

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מנהל המוסד: \_\_\_\_\_  
 חתימת מנהל המוסד

**פרטים על תביעה לפיזי נזקין צד שלישי**

11

1. האם התלות בזולת נגרמה כתוצאה מתאונת (תאונת דרכים או תאונה אחרת)?

 לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_סוג התאונת:  תאונת דרכים  תאונה אחרת

תאריך התאונת: \_\_\_\_\_ מקום התאונת: \_\_\_\_\_

נסיבות אירוע התאונת: \_\_\_\_\_

2. האם נסורה הדעה למשטרה?

 לא  כן, לתחנת המשטרה ב: \_\_\_\_\_  
 מס' תיק: \_\_\_\_\_  
 כתובת תחנת המשטרה: \_\_\_\_\_

3. האם הגשת או תגייש תביעה לפיזי נזקין?

 לא  כן, בתאריך: \_\_\_\_\_מיهو הנتبעת: \_\_\_\_\_  
 מס' התיק: \_\_\_\_\_

4. עורך הדין המייצג אותך בתביעה:

שם: \_\_\_\_\_  
 טלפון: \_\_\_\_\_  
 כתובת: \_\_\_\_\_

5. האם קיבלת פיזי נזקין בגין התאונת?

 טרם קיבלתי פיזי  קיבלתי פיזי

בתאריך: \_\_\_\_\_ מאי: \_\_\_\_\_

12

**פרטי חשבון הבנק של התובע**

כל תשלום שיגע לי מהמודד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבון שפרטיו רשומים מטה:

שםות בעלי החשבון

שם הבנק	מספר חשבון	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	שם

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש  
בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.

סוג הקרבה שלי לתובע הכללה:  בן/בת זוג  הורה  ב/בת  אח/חות  אחר: \_\_\_\_\_  
אני מתחייב להודיע למועד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיפוי הכוח בחשבון,  
ולדאוג להחתמים על טופס עדכון לחשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעט לעת למועד לביטוח לאומי, לפי בקשתו,  
את פרטי השותפים ומיפוי הכוח, במהלך תקופה הוצאות ואחריה.

אני מסכים, שהבנק הכל' יציג למועד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המודד יפקיד  
לחשבון תשלום אשר כוללו או חלקו שלום בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למועד את פרטייהם של מושבי  
התשלומים.

x

x

חותימת/חותימות השותפים לחשבון

תאריך

חותימת מקבל התשלום

13

**הצהרת התובע או מגיש התביעה**

אני החתום מטה תובע גמלת סיעוד ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרטתי בתביעה ובನספחה נכוןים ומלאים. ידוע  
לי, שמסירת פרטים לא נכוןים או העלמת נתונים, היא עברה על החוק וכי אדם גורם במרמה או בזען  
למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלה ע"י העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דין קנס כספי או מאסר.  
ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרטתי בתביעה זו או בנספחה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על  
יצירת חוכ, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי במשך 30 ימים.  
כמו כן אני מתחייב להודיע למועד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.  
כמו כן, אני מצהיר בזה, כי פרט להכנסות שמצוינו לעיל אין לתובע או לבן/בת זוגו/ה הכנסות נוספות.

x

חותימת התובע / מקבל הכללה /  
מגיש התביעה

שם פרטוי ומשפחה

תאריך

**למלא אם מגיש התביעה אינו התובע:**

קשר לתובע	טלפון נייד	טלפון קבוע	רחוב	מספר בית	כינוי	דירה	יישוב	כתובת



המוסד לביטוח לאומי

ח' יובל הכהן לאום

TYO

אין חובה למלא את הטופס – תמלא אחות/עו"ו (קופ"ח /רווהה) בלבד

**מידע לצורך החלטה בעניין זכאות לגמלאת סיוע – ימלאו אחות או נ"ס ( קופ"ח רוחה ) המעוינים למסור מידע , בדבר תובע גמלת סיוע הנמצאים בטיפולם, על סמך היכרות**

שם משפחתי	שם פרטי	מספר זהות ס"ב	מספר זהות ס"ב																				
רחוב / תא דואר	שם פרטי	שם כניסה	דירה																				
שם משפחתי	שם פרטי	קייבת	טלפון קווי/נייד																				
שם משפחתי	שם פרטי	קייבת	טלפון קווי/נייד																				
תמלא אחות או ע"ז																							
<b>א. סמן X ליד התפקיד המתאים</b> <table border="1"> <tr> <td>צין מי עוזר</td> <td>ההתמצאות</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> עצמאי</td> <td><input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> עצמאי בעל מכשיר</td> <td><input type="checkbox"/> הפרעה ביזכרון</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה</td> <td><input type="checkbox"/> הפרעה בההתמצאות</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית</td> <td><input type="checkbox"/> משותף פעולה</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> נפילות</td> <td><input type="checkbox"/> משותף פעולה על ידי דרבון</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> שליטה מלאה</td> <td><input type="checkbox"/> לא משותף פעולה</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> שליטה חלקית</td> <td><input type="checkbox"/> מבין וմדבר לעניין</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> אי שליטה</td> <td><input type="checkbox"/> מבין אך מתקשה בדיור</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> משתמש במוצריו ספיגה</td> <td><input type="checkbox"/> לא ניתן לתקשר</td> </tr> </table>				צין מי עוזר	ההתמצאות	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום	<input type="checkbox"/> עצמאי בעל מכשיר	<input type="checkbox"/> הפרעה ביזכרון	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	<input type="checkbox"/> הפרעה בההתמצאות	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> משותף פעולה	<input type="checkbox"/> נפילות	<input type="checkbox"/> משותף פעולה על ידי דרבון	<input type="checkbox"/> שליטה מלאה	<input type="checkbox"/> לא משותף פעולה	<input type="checkbox"/> שליטה חלקית	<input type="checkbox"/> מבין וմדבר לעניין	<input type="checkbox"/> אי שליטה	<input type="checkbox"/> מבין אך מתקשה בדיור	<input type="checkbox"/> משתמש במוצריו ספיגה	<input type="checkbox"/> לא ניתן לתקשר
צין מי עוזר	ההתמצאות																						
<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום																						
<input type="checkbox"/> עצמאי בעל מכשיר	<input type="checkbox"/> הפרעה ביזכרון																						
<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	<input type="checkbox"/> הפרעה בההתמצאות																						
<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> משותף פעולה																						
<input type="checkbox"/> נפילות	<input type="checkbox"/> משותף פעולה על ידי דרבון																						
<input type="checkbox"/> שליטה מלאה	<input type="checkbox"/> לא משותף פעולה																						
<input type="checkbox"/> שליטה חלקית	<input type="checkbox"/> מבין וմדבר לעניין																						
<input type="checkbox"/> אי שליטה	<input type="checkbox"/> מבין אך מתקשה בדיור																						
<input type="checkbox"/> משתמש במוצריו ספיגה	<input type="checkbox"/> לא ניתן לתקשר																						
<b>ב. מצב התנהלות חריגים ותיכיפותם</b> (כגון: נתיה לשוטטות ויבוד דרך, הוצאה לא מבוקרת של כספים, הצחת אש, התמכרות לסם לאלכוהול, הזנחה עצמית, אספנות כפייתית, מצב משפחתי/חברתי חריג) פרט: _____ _____ _____																							
<b>ג. אופוטרופוס:</b> <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> מונה אופוטרופוס <input type="checkbox"/> בתהילר מינוי																							
<b>ד. מקבל (מארגנו של מלא הטופס) שירות:</b> <input type="checkbox"/> טיפול אישי בבית. סוג: _____ <input type="checkbox"/> טיפול במרכז רפואי. סוג: _____																							
<b>ה. העורות</b> _____ _____ _____																							
<b>ו. מצורף בזה (אבחן, דוח, חוו"ד וכדומה)</b> _____ _____																							
<b>ב. ביקור ברופאה</b> <input type="checkbox"/> מגיע לרופאה בכוחות עצמו <input type="checkbox"/> מגיע לרופאה עם מלאה <input type="checkbox"/> הוגדר כמרותק ולא מגיע לרופאה יש לציין תדרות וסיבה: _____																							
<b>ג. תרופות</b> <input type="checkbox"/> לוקח באופן עצמאי <input type="checkbox"/> לוקח באופן לא סדייר <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה: _____																							
<b>שם מוסר המידע</b> _____ <b>חתימה וחותמתת</b> _____																							

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	מספר זהות / דרכן	
0 8	סוג דפים	המספר

נא למלא מספר תעודה זהות \_\_\_\_\_  
**נספח ב'**

**הערכת תפוקוד של רופא מומחה בגריאטריה לבני +90**

המוסד לביטוח לאומי  
מנהל הכללי  
סיעוד

[Logo]

שם הנבדק: \_\_\_\_\_  
שם אביה: \_\_\_\_\_  
תאריך לידה: \_\_\_\_\_  
ת"ז \_\_\_\_\_

**בדיקת תפוקוד בפעולות היום יום על ידי רופא מומחה בגריאטריה אפשרית למי שמלאו לו 90 שנה ויותר.**

לרופא – נא הקף בעיגול כל סעיף, במקומות המתואימים על פניו הרצף. על הציון לבטא צורך עזרה שהנבדק זקוק לה בדרך כלל, הן מסיבות של מגבלה מוטורית והן מסיבות של מגבלה מנטלית.

נקם את מסקנתך לגבי התפקוד בסעיף, ציין את הסיבה הרפואית ופרט האם התרשם מהדגמה, מתחזית או מדיווח. **באם סובל מעיוורון מוחלט?** (פחות 3/60 בשתי העיניים או שדה ראייה עד 19 מעלות, או קיימת תעודה עיוור) **לא ☐ כן ☒**

**ניסיונות – יש להתייחס לתנועה בתוך הבית בלבד**

1	2	3	4	5	6	7
עצמאו בניסיונות בעזרת מכשיר או בלעדי, לא מאמץ כלל	עצמאו בניסיונות בעזרת מכשיר או בלעדי, לא מאמץ כלל	NEYER	NEYER	NEYER	NEYER	NEYER

נקם את מסקנתך

---



---



---

**1. נפילות**

1	2	3	4	5	6	7
NEYER						

נקם את מסקנתך

---



---



---

**2. הלבשה**

1	2	3	4	5	6	7
NEYER						

נקם את מסקנתך

---



---



---

**3. רחצה**

1	2	3	4	5	6	7
NEYER						

נקם את מסקנתך

---



---



---

**הערכת תפקוד בפעולות – המשך****5. אכילה ושתייה**

7	6	5	4	3	2	1
תלו לחлотין בכל פעולות האכילה כולל שתייה או גזנה מלאכותית, או מסרב בשל חוסר תובנה	זקוק לעזרה בהאכלה (או שתיה)	זקוק לשיעור בנטילת תרופות, עיורן מוחלט, אין מחמם או מגיש לעצמו מנת מזון	אוכל ושותה ללא עזרה כולל חימום והגשת מנת מזון, ללא מאמצז או במאמץ כל			

נקודות מסקנתר

7	6	5	4	3	2	1
אין שלט <b>בשני</b> הסוגרים ותלו לחлотין בכל הפעולות (ণידות, הלבשה וטיפול בהיגינה אישית)	משתמש <b>בשירותים/</b> השירותים ארך זקוק לעזרה <b>בשלוש</b> הפעולות	משתמש <b>בשירותים/</b> השירותים ארכ זקוק לעזרה <b>בשתיים</b> מהפעולות	משתמש בשירותים/אבייזרים ארך זקוק לעזרה <b>באחת</b> מהפעולות: ניידות, הלבשת חלק תחתון, היגינה אישית	זקוק לשיעור <b>קל</b> (ריקון בקבוק, החתלה או ליווי בלילה)	עצמאי בכל הקשור לטיפול בהפרשות	

נקודות מסקנתר

7	6	5	4	3	2	1
מסכן את עצמו או את בתובנה ובזיכרון, ארכ ניתן להשairoו בלבד לפיקי זמן מסויימים	זקוק להשлага ביצוע רחב פעולות היום יומ יש יידה סיבתו	אין מסכן את עצמו או את בתובנה ובזיכרון, ארכ ניתן להשairoו בלבד לפיקי זמן מסויימים				

נקודות מסקנתר, אם מדובר בזקן בעל יידה קוגניטיבית, נא פרט את עיקרי הממצאים של הבדיקה הקוגניטיבית.

**פרק הזמן למגבלה - أنا סמן האם צפוי שניי במהלך ששת החודשים הבאים:** צפואה הטבה בעוד חודשים  צפואה יציבות  צפואה החמרה**הצהרה ופרטיו הרופא המומחה בגריאטריה שביצע הערקה זו**

1. מילאתי טופס זה על סמך בדיקתי.

פרטיו המודד הרפואי :

שם המוסד הרפואי הציבורי \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

2. בחר באחת מהאפשרויות

מילאתי טופס זה על סמך **בדיקות** והערכת **גריאטרית שערכת** בתאריך \_\_\_\_\_  
 מילאתי טופס זה לפי בדיקתי בתאריך \_\_\_\_\_ ועל סמך הערכת **גריאטרית שערך ד"ר** \_\_\_\_\_ בתאריך \_\_\_\_\_ (נא לצרף את הערכתו).  
 שם הרופא המומחה בגריאטריה \_\_\_\_\_ חותמתת המוסד הרפואי הציבורי או המרפאה \_\_\_\_\_ חתימה × \_\_\_\_\_

لتשומת לב הרופא המומחה בגריאטריה, מסמן זה אינו תחולף לתדייס המידע הרפואי של התובע. רצוי לצרף מכתב המסביר את בדיקתך, כמקובל רפואי, לרבות בעיות הדורשות טיפול ולהעביר עותק לרופא המטפל כדי לשמר על רצף רפואי.

המוסד לביטוח לאומי  
מיינרל הגמלאות  
סיעוד



## חותמת קבלת

## כתב ויתור סודיות רפואי

## שם ה gamla : סיעוד

## פרטים אישיים של המבוטח

1

שם פרטי	שם המשפחה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	קוד גמלאה
			יום חודש שנה	96

חבר בקופת חולים

 כללית  מאוחדת  מכבי  לאומי  אחר

## הצהרת המבוטח או האפוטרופוס (יש לצרף צילום "צו אפוטרופוס")

2

אני הח"מ, שפרטיו האישיים מופיעים בטופס זה, או האפוטרופוס של המבוטח, להלן הפרטים האישיים של האפוטרופוס :

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_

ሞותר על הסודיות הרפואית שלי:

מבקש בזאת למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע הקשור למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שנייתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי אודוני.

חותימת המבוטח או האפוטרופוס 

נותן בזאת את הסכמתו למסוד לביטוח לאומי מידע רפואי ווציאלי אודוני הדרוש למtan טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד, לחבריו הוועדה המקומית ועובדיהם הפועלים מטעם וכן לנונן השירותים שיספק לי את שירותי הסיעוד.

חותימת המבוטח או האפוטרופוס 

נותן בזאת את הסכמתו למסוד לביטוח לאומי, למסור לקופ"ח בה אני מבוטח את תוצאות הערצת התלות שתערכנה בגין תביעה זו.

חותימת המבוטח או האפוטרופוס 

מאשר בזאת, כי ידוע לי שמייד על מחלת מדבקת (אם קיימת) ימסר לנונן השירותים ולטפל/ת מטעמו בהתאם למוגבלות האמוריה בחוק זכויות החולה.

חותימת המבוטח או האפוטרופוס 

אם החותם אינו התובע, יש לצרף צילום צו אפוטרופוס.