



3

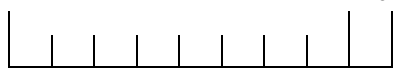
**הסכמה לקביעת רופא ללא נוכחות – חתום אם אינך מעוניין להיבדק ע"י רופא**

אני מסכים הזה שהרופא יקבע את אחוזי נכותי הרפואית לפי מסמכים בלבד ומבלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שלמרות זו יהיה עלי להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

_____ x	_____
חתימת התובע	תאריך

4

**פרטי מגיש הבקשה - ימולא אם וכאשר הנכה אינו מסוגל להגיש הבקשה בעצמו עקב מצבו הבריאותי**

מספר זהות ב"ס 	שם פרטי מגיש הבקשה	שם משפחה מגיש הבקשה
אם ברשותך יפוי כוח או צו אפוטרופסות או פסק דין; ציין איזה וצרף העתק		יחס קרבה לנכה (בן משפחה)

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים)**

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

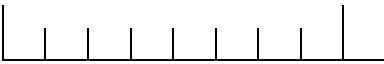
5

**הצהרת התובע / מגיש הבקשה**

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים בבקשה ובצרופיה הם נכונים. אם יחול שינוי באחד הפרטים שמסרתי בבקשה זו אני מתחייב להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. ידוע לי, כי בהתאם לחוק אדם אשר גרם במירמה או ביודעין לתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.  (יסומן ב-V כאשר עובד המוסד ממלא את טופס הבקשה). כל הפרטים הרשומים בבקשה הוקראו באוזני ואני מאשר בזה כי הם תואמים את הפרטים שמסרתי בע"פ לעובד המוסד.

_____ x	_____
חתימת התובע או מגיש התביעה	תאריך

אם הבקשה נחתמה בחתימת אצבע, ציין:

חתימת העד	מספר זהותו ב"ס 	שם העד
_____ x		

