



## תביעה למתן שיקום מקצועי

### חובה לצרף לטופס זה

תעודות ואישורים המעידים על השכלתך, הכשרות מקצועיות, ניסיון בעבודה ואבחונים שעברת. ↵

### לידיעתך

אין לראות באישור הזכאות לשיקום משום אישור לתכנית השיקום עצמה ↵

לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה. ↵

### כיצד יש להגיש את התביעה

עליך למלא את כל הסעיפים בטופס. ↵

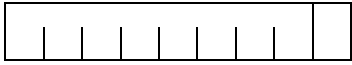
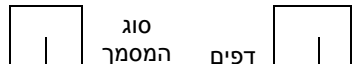
את טופס התביעה רצוי להגיש במחלקת שיקום בסניף הביטוח הלאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון 02-6463488 ↵

לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il). ↵

לתשומת ליבך – עליך למלא את כל הסעיפים בטופס התביעה

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

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




## חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
אגף שיקום



### תביעה למתן שיקום מקצועי

1 פרטי התובע

מספר זהות ס"ב 	שם פרטי	שם משפחה
תאריך לידה  שנה      חודש      יום	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידוע/ה בציבור
<input type="checkbox"/> נכה כללי <input type="checkbox"/> נפגע עבודה <input type="checkbox"/> אלמן/ת תלויים <input type="checkbox"/> אלמן/ת שאירים <input type="checkbox"/> בן/בת זוג של נכה <input type="checkbox"/> מתנדב		
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>		
מיקוד	יישוב	דירה
מס' בית	כניסה	רחוב / תא דואר
דואר אלקטרוני		טלפון נייד  <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>		
מיקוד	יישוב	דירה
מס' בית	כניסה	רחוב / תא דואר
האם כתובת בן/בת הזוג זהה לכתובתך? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		

2 פרטים על השכלה

סה"כ שנות לימוד	השכלתי היא:
_____	<input type="checkbox"/> יסודית <input type="checkbox"/> אקדמאית <input type="checkbox"/> מקצועית <input type="checkbox"/> תורנית <input type="checkbox"/> תיכונית <input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____
מוסד הלימודים האחרון בו למדת	
שם המוסד	שם היישוב
חוג/מסלול לימודים	_____
האם סיימת לימודיך? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא. סיבת הפסקת הלימודים: _____	
הערות/בעיות מיוחדות העשויות להשפיע על התמודדות בלימודים (יש לצרף מסמכים ואבחונים מתאימים):	
_____ _____	

**פרטים העבודה נוכחית**

**3**

מקצוע/משלח יד: \_\_\_\_\_

האם יש לך תעודה מקצועית?  לא  כן. פרט \_\_\_\_\_

האם קיבלת סיוע במימון הכשרה מקצועית מגורם כלשהוא?  
 לא  כן, קיבלתי הכשרה מסוג \_\_\_\_\_ מהגורם \_\_\_\_\_

האם אתה עובד כעת?  לא, מדוע? \_\_\_\_\_

כן, תאריך התחלה \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_ מקום העבודה \_\_\_\_\_

**פרטי ניסיון תעסוקתי (ניתן לצרף קורות חיים לחילופין)**

**4**

מקום העבודה	תפקיד	תקופת העבודה	מס' שעות עבודה ביום / היקף משרה	סיבת הפסקת העבודה או השינוי

**פרטים נוספים של התובע**

**5**

לנכה: תאריך הפגיעה \_\_\_\_\_

פרט את המגבלות מהן אתה סובל כתוצאה מהפגיעה/המחלה \_\_\_\_\_

אחוזי הנכות שנקבעו לך בוועדה הרפואית: \_\_\_\_\_ %

האם אחוזי הנכות נקבעו  לצמיתות  זמנית, עד תאריך \_\_\_\_\_

לב/בת זוג של נכה שאינו ניתן לשיקום מקצועי: שם הנכה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

לא למן: תאריך התאלמנות \_\_\_\_\_

האם אתה סובל ממגבלות רפואיות?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

**6 נסיבות הפנייה לשיקום מקצועי**

6

1. פרט את נסיבות פנייתך לשיקום מקצועי \_\_\_\_\_

2. פרט הצעות/בקשות מיוחדות בקשר לשיקומך \_\_\_\_\_

3. האם יש לך זכאות במימון לימודים מגורם אחר?  לא

כן, הגורם הינו:  משרד הביטחון  משרד הבריאות  משרד הרווחה  מינהל הסטודנטים  אחר: \_\_\_\_\_

פרטים על הזכאות \_\_\_\_\_

**7 פרטי חשבון הבנק של התובע**

7

אם יגיעו לי תשלומי שיקום אבקש להעבירם לזכות חשבון הבנק המפורט להלן

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום:  לחשבון הקיבוץ / המושב  לחשבוני הפרטי

אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון החשבון.

אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_

תאריך חתימת מקבל התשלום חתימת/חתימות השותפים לחשבון

**8 הצהרה**

8

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים 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 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.

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_

תאריך חתימת התובע