



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

**צריכים להגיש תביעה לקצבאות נכות?**  
מהיום, אתם מתקשרים, אנחנו מטפלים.  
תביעפון - הגשת תביעה בטלפון תתקשרו 3928 \*

בל/ 7821

## תביעה גמלה לילד/ה נכה

### חובה לצרף לטופס זה

- ☞ תעודה רפואית וסיכומי מחלה מהשנה האחרונה, ובהם גם פירוט הטיפולים הרפואיים.
- ☞ אישור לימודים שימלא המוסד החינוכי (בית הספר או גן הילדים) ויחתום עליו (ראה נספח אישור על לימודים).
- ☞ לילד עד גיל 3 - אם אינו לומד אפשר להביא אישור על טיפול התפתחותי, לאחר שגורם מוסמך מילא את האישור וחתם עליו.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ את התביעה יגיש הורה שהילד גר עמו, או האפוטרופוס שלו, או מי שמחזיק אותו למעשה.
- ☞ את טופס התביעה ניתן:  
לשלוח יחד עם מסמכים נלווים באופן מקוון באמצעות אתר האינטרנט של המוסד.  
לשלוח בדואר, למסור לפקיד קבלת קהל בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך, להכניס לתיבת השירות המוצבת מחוץ לסניף, לשלוח עם מסמכים נלווים באמצעות פקס, אין חובה להגיש מסמכים מקוריים.  
עם זאת, המוסד יהיה רשאי לדרוש הצגה של מסמך מקורי, אם הצילום או הפקס שהתקבל אינו ברור, או מכל סיבה אחרת, לפי שיקול דעתו של פקיד התביעות.
- ☞ **לידיעתך - על פי חוק, לא תאושר הקצבה לתקופה העולה על 12 חודשים אחרונים שלפני מועד הגשת התביעה.**
- ☞ **באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר.** לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני. לידיעתך, המוסד יהיה פטור ממשלוח הודעות אלו גם בדואר.
- ☞ מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).
- ☞ לידיעתכם, מידע על מקבלי קצבת ילד נכה מועבר לגורמים שונים, לצורך מיצוי זכויות.

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

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

**חותמת קבלה**



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות – ילד נכה

**תביעת גמלה לילד נכה**

תאריך תביעה

שנה	חודש	יום
-----	------	-----

1

**פרטי הילד**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
תאריך לידה	תאריך עלייה	קופת החולים שבה מבוטח הילד
שנה חודש יום	שנה חודש יום	כתובת

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים)**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	-------	-------

האם הילד שווה עכשיו או שהה בעבר במוסד / במשפחה אומנת / בפנימייה?  לא  כן

במוסד / בפנימייה כתובת: \_\_\_\_\_

במשפחה אומנת כתובת: \_\_\_\_\_

שהה מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_ ומתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_

עדיין שווה  לא  כן

האם הילד מיועד להיכנס למעון שיקומי?  לא  כן

2

**פרטי מגיש התביעה**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
----------	---------	---------------

**קרבה אל הילד:**

הורה  אח/אחות  סב/סבתא  אפטרופוס (יש לצרף צו אפטרופוסות)  אחר \_\_\_\_\_

האם מייצג אותך עו"ד / חברה למימוש זכויות  לא  כן (פרטי למטה)

שם עו"ד / חברה מימוש זכויות	כתובת	טלפון
-----------------------------	-------	-------

כתובת מגורים/מען למכתבים:  עם הילד  אחר, פרט:

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	-------	-------

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
------------	------------	---------------

אני מאשר קבלת הודעות SMS  אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני




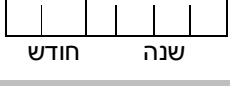
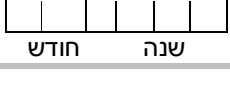
פרטים על ילדים שבגינם משולמת קצבת ילד נכה

מספר זהות	שם הילד	מספר זהות	שם הילד
		4	
		5	
		6	

פרטים על מצבו הרפואי של הילד

מסמכים נדרשים	תאריך	פרטי הליקוי הרפואי / המחלה
<input type="checkbox"/> אבחון רפואי מפסיכיאטר ילדים ונוער או מנירולוג או מרופא התפתחותי <input type="checkbox"/> אבחון פסיכולוגי מפסיכולוג התפתחותי/קליני/ שיקומי/ חינוכי ובו שימוש במבחן פסיכולוגי מותאם לגיל הילד <input type="checkbox"/> דוח המפרט את הכלי שבו בוצע האבחון (GARS,CARS,ADOS,PODIT,ADI,DSM-IV)		<b>ספקטרום אוטיסטי</b>
<input type="checkbox"/> מידע מרופא אנדוקרינולוג או מומחה לטיפול בסכרת המטפל במחלקה בבית החולים <input type="checkbox"/> אם הילד אושפז, יש לצרף מסמך סיכום אשפוז		<b>סכרת נעורים</b>
<input type="checkbox"/> אודיוגרמה – בדיקת שמיעה מעודכנת בהולכת אוויר ללא מכשירי שמיעה וטימפנוגרם אם נדרש		<b>ליקוי שמיעה / חירשות</b>
<input type="checkbox"/> סיכום מידע רפואי מנירולוג או מרופא מטפל על סוג המחלה ומצב האיזון שלה, סוג ההתקפים ותדירותם ומידע על הטיפול הרפואי <input type="checkbox"/> אם הילד אושפז, יש לצרף מסמך סיכום מחלה		<b>אפילפסיה</b>
<input type="checkbox"/> בדיקת ראייה מעודכנת מרופא עיניים מטפל לחדות ראייה בכל עין עם אמצעי עזר <input type="checkbox"/> בדיקת ראייה מעודכנת מרופא עיניים מטפל לשדה ראייה בכל עין עם אמצעי עזר <input type="checkbox"/> תעודת עיוור ממשרד הרווחה – השירות לעיוור		<b>ליקוי ראייה /עיוורון</b>
<input type="checkbox"/> דוח התפתחותי / רפואי מעודכן <input type="checkbox"/> מסמך מעודכן על הטיפולים הפרא רפואיים (קלינאי תקשורת, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וכדומה) <input type="checkbox"/> אבחון מרופא התפתחותי ופסיכולוג מהמכון להתפתחות הילד, ובו פירוט רמת העיכוב (DQ) כולל הכלי בו נעשה השימוש (ג'יזל, מולן, ביילי, גרפיתס ודומיהם)		<b>עיכוב התפתחותי</b>
<input type="checkbox"/> דוח התפתחותי / רפואי מעודכן <input type="checkbox"/> מסמך מעודכן על טיפולים פרא רפואיים (קלינאי תקשורת, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וכדומה)		<b>סיוע בתקשורת</b>
<input type="checkbox"/> מסמך רפואי ממומחה לאלרגיות על ההיסטוריה הרפואית, תכנית הטיפול והצורך במזרק אפיפן. <input type="checkbox"/> תוצאות מעודכנות, המעידות על רגישות יתר ניכרת (בדיקות עזר לאבחנת רגישות יתר מסוג תבחין עורי, מבחן תגר) <input type="checkbox"/> תיעוד לתגובה אלרגית כולל מרכיב נשימתי או שוק אנפילקטי.		<b>אלרגיות</b>
<input type="checkbox"/> דו"ח מהמכון להתפתחות הילד עם סיווג הרמה התפקודית לפי מבחן gmfcs+macs <input type="checkbox"/> מסמך רפואי מנירולוג.		<b>שיתוק מוחין/ CP</b>
<input type="checkbox"/> מסמך רפואי מעודכן על אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון ההיסטוריה הרפואית, סוג הטיפול שניתן, ותדירותו. <input type="checkbox"/> דוח על מעקב במרפאות מומחים – פירוט תכנית הטיפולים בהמשך <input type="checkbox"/> מסמך רפואי מנירולוג (רק למי שסובל מליקוי בשתי גפיים)		<input type="checkbox"/> העדר 2 גפיים <input type="checkbox"/> ליקוי בשתי גפיים

המשך - פרטים על מצבו הרפואי של הילד

מסמכים נדרשים	תאריך	פרטי הליקוי הרפואי / המחלה
<input type="checkbox"/> מסמך רפואי מעודכן על אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון ההיסטוריה הרפואית, סוג הטיפול שניתן, ותדירותו. <input type="checkbox"/> דוח על מעקב במרפאות מומחים – פירוט תכנית הטיפולים בהמשך		<input type="checkbox"/> טיפול רפואי <input type="checkbox"/> דיאליזה <input type="checkbox"/> צנתור <input type="checkbox"/> עירויי דם <input type="checkbox"/> הזנה/ האכלה <input type="checkbox"/> חמצן <input type="checkbox"/> ציטוטוקסיה <input type="checkbox"/> אחר _____
<input type="checkbox"/> מסמך ממרפאה ופסיכיאטר מטפל, כולל תכנית טיפול		<input type="checkbox"/> הפרעות נפשיות
<input type="checkbox"/> מסמך רפואי מעודכן על אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון סוג הטיפול שניתן, ותדירותו <input type="checkbox"/> דוח על מעקב במרפאות מומחים		<input type="checkbox"/> מחלה/תסמונת <input type="checkbox"/> תסמונת דאון <input type="checkbox"/> דחף בלתי נשלט לאכילה <input type="checkbox"/> שברים פתולוגיים <input type="checkbox"/> דלקות כרוניות <input type="checkbox"/> מחלה ממארת <input type="checkbox"/> אחר _____
<input type="checkbox"/> אבחון של האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית במשרד הרווחה <input type="checkbox"/> אישור של ועדת השמה על הצורך בלימודים במסגרת מיוחדת		<input type="checkbox"/> מוגבלות שכלית
<input type="checkbox"/> מסמך עדכני מנוירולוג ילדים, או פסיכיאטר ילדים, או מרופא מומחה מוסמך בטיפול בהפרעות קשב וריכוז <input type="checkbox"/> דו"ח חינוכי עדכני מהמסגרת החינוכית המיוחדת בה הילד מתחנך <input type="checkbox"/> אישור של ועדת השמה על הצורך בלימודים במסגרת מיוחדת		<input type="checkbox"/> ADHD-הפרעות קשב, ריכוז והיפראקטיביות קשה
<input type="checkbox"/> אבחון מרופא מטפל הכולל אינדיקציה להנשמה, פירוט סוג המכונה ותאריך התחלת הנשמה קבועה		<input type="checkbox"/> מונשם
		<input type="checkbox"/> תלונות רפואיות

**פרטים על פגיעה כתוצאה מתאונה ותביעה נגד צד שלישי**

האם נכות הילד נגרמה מתאונה? (תאונה: תאונת דרכים או אחרת הנגרמת עקב רשלנות הזולת, רשלנות רפואית, תקיפה וכד')  
 לא  כן, ציין את סוג התאונה:  תאונת דרכים  אחרת

מקום אירוע התאונה ונסיבותיה: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

נמסרה הודעה למשטרה?  
 כן, לתחנת המשטרה ב \_\_\_\_\_ בתאריך \_\_\_\_\_ מס' התיק \_\_\_\_\_  לא

האם הוגשה / עומדים להגיש תביעה לפיצויי נזיקין?  לא  כן, פרט:  
 שם משפחה ושם פרטי של הנתבע: \_\_\_\_\_ תאריך הגשת התביעה: \_\_\_\_\_  
 פרטי עורך הדין המייצג את הילד בתביעה: (שם העו"ד ושם המשרד) \_\_\_\_\_

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
_____	_____	_____			

**הסכמה לקביעה בידי רופא ללא נוכחות.** נא לחתום למטה אם אתה מעוניין שהנכות הרפואית תיקבע לפי מסמכים בלבד

אני מסכים בזה שרופא יקבע את הליקויים הרפואיים של הילד לפי מסמכים בלבד, ובלי לזמן את ילדי לבדיקה רפואית.  
 ידוע לי, שלמרות הסכמתי זו יהיה על הילד להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.  
 לתשומת לבכם: אם ילדכם ייבדק באמצעות מסמכים וללא נוכחותו, לא ניתן יהיה לבדוק אותו לעניין "תלות לחלוטין" (בדיקה פיזית הבוחנת את מידת התלות בעזרת הזולת, בביצוע פעולות יומיום (אכילה, ניידות בתוך הבית, הלבשה, רחצה, היגיינה אישית)). מי שנקבע לו כי הוא תלוי לחלוטין בעזרת הזולת בביצוע פעולות היומיום, זכאי לקצבה בשיעור 188%.

חתימת התובע ✘ \_\_\_\_\_

**7 פרטי חשבון הבנק של התובעת/ת**

7

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אני השותף לחשבון הבנק של ת"ז \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור הילד שבגינו מוגשת התביעה. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה. 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 פרטיהם של מושכי התשלומים.

\_\_\_\_\_ חתימת מקבל הגמלה  
 \_\_\_\_\_ חתימה/חתימות השותפים לחשבון  
 \_\_\_\_\_ תאריך

**8 הצהרה**

8

- אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
- ידוע לי, כי הביטוח הלאומי מעביר מידע על מקבלי קצבת ילד נכה לגורמי ממשל, בהתאם לסמכותם בחוק ולצורך מיצוי זכויות.
- אני מסכים בזאת להעביר מידע למשרד הרווחה – השירות לעיוור – במידה וייקבע ליקוי ראייה.

\_\_\_\_\_ חתימת מגיש התביעה  
 \_\_\_\_\_ תאריך



### נספח – אישור על לימודים

טופס זה ימלא הגורם החינוכי ויחתום עליו בעבור ילדים מגיל 3 ומעלה שימו לב, יש למלא את הטופס לשנת הלימודים הנוכחית. בכל מקרה שבו הילד נמצא במסגרת חינוכית מיוחדת (בית ספר מיוחד, כיתת תקשורת, סייעת ועוד)

#### פרטי הילד

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ס
----------	---------	------------------

שם המסגרת החינוכית  בתנאי פנימייה  לא בתנאי פנימייה

כתובת המסגרת החינוכית \_\_\_\_\_ מס' טלפון: \_\_\_\_\_

החל את הלימודים בתאריך \_\_\_\_\_ תאריך סיום לימודים (משוער) \_\_\_\_\_

מס' ימי לימוד בשבוע \_\_\_\_\_ מס' שעות לימוד ביום \_\_\_\_\_

#### סידורי הסעה למסגרת החינוכית

הילד מגיע למקום הלימודים:  ברגל  ברכב המשפחה  בתחבורה ציבורית  בהסעה מאורגנת  אחר \_\_\_\_\_

האם נדרש ליווי למסגרת החינוכית:  לא  כן, פרט את העזרה הנדרשת, סיבתה ומי מלווה \_\_\_\_\_

הערות: \_\_\_\_\_

#### סידורי אכילה ושתייה

האם מוגשת ארוחה לתלמידים?  כן  לא

האם הילד אוכל ושותה בכוחות עצמו?  כן  לא

הערות: \_\_\_\_\_

#### היגינה אישית

האם הילד שולט על הפרשותיו (שתן, צואה)?  כן  לא

האם הילד מסתדר בעצמו בשירותים וברחצה של הפנים והידיים?  כן  לא

פרט במה מתקשה ואיזו עזרה נדרשת \_\_\_\_\_

#### עצמאות

האם הילד מסוגל להישאר לבדו מספר שעות ביום?  כן  לא, פרט מה הסיבות לכך \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**פרטים על הילד - המשך**

**התקפים**

אופי ההתקף הרפואי  אפילפסיה  אסטמה  אחר פרט \_\_\_\_\_  
 האם הילד קיבל במסגרת החינוכית התקפים כלשהם?  לא  כן, מהי תדירות ההתקפים?

מתי היה ההתקף האחרון? \_\_\_\_\_ תיאור אופי ההתקף (כולל משך זמן ממוצע להתקף) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

האם הילד מרגיש, כי ההתקף קרב?  לא  כן, כיצד מתנהג \_\_\_\_\_  
 תאר את התופעות לאחר ההתקף \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

אופי ההתקף הנפשי  חרדה  אחר פרט \_\_\_\_\_  
 האם הילד קיבל במסגרת החינוכית התקפים כלשהם?  לא  כן, מהי תדירות ההתקפים?

מתי היה ההתקף האחרון? \_\_\_\_\_ תיאור אופי ההתקף (כולל משך זמן ממוצע להתקף) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

האם הילד מרגיש כי ההתקף קרב?  לא  כן, כיצד מתנהג \_\_\_\_\_  
 תאר את התופעות לאחר ההתקף \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**התנהגות הילד**

תאר את התנהגות הילד (קשב וריכוז, באיזו מידה הוא ממושמע, באיזו מידה הוא יודע לקבל גבולות, הקשר עם בני גילו, הקשר עם הסביבה) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**הערות נוספות**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם המוסד החינוכי וחותמת ✕ \_\_\_\_\_

שם ממלא הטופס ותפקידו ✕ \_\_\_\_\_



חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות – ילד נכה



כתב ויתור על סודיות רפואית

שם הגמלה: ילד נכה

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה						
30		<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td>         </td> <td>         </td> <td>     </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום			
שנה	חודש	יום						
שם משפחה	שם פרטי							
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, מספר זהות \_\_\_\_\_

יחס קרבה לרשום מטה:  הורה  אפוטרופוס  אחר \_\_\_\_\_

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלה, למצב הרפואי, לטיפול שניתן, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרשו או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי על אודות המבוטח.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מגיש התביעה \* \_\_\_\_\_