



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות – ילד נכה

**בקשה לבדיקה מחדש  
למקבל קצבת ילד נכה**

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">מס' זהות / דרכון</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">סוג המסמך</td> </tr> </table> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 40%; text-align: center;">דפים</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 40%; text-align: center;">ספר</div> </div>	מס' זהות / דרכון	סוג המסמך	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	<b>חותמת קבלה</b>
מס' זהות / דרכון				
סוג המסמך				

פרטי הילד
1

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד

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

במוסד / בפנימייה כתובת: \_\_\_\_\_

במשפחה אומנת כתובת: \_\_\_\_\_

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

עדיין שווה

פרטי מגיש התביעה
2

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

**קרבה אל הילד:**

הורה  אח/אחות  סב/סבתא  אפוטרופוס (יש לצרף צו אפוטרופוסות)  אחר \_\_\_\_\_

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

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

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני		
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></td></tr> </table>		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></td></tr> </table>		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS				

**באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר.** לשם כך, עליך למלא את פרטי הדואר האלקטרוני. לידיעתך, המוסד יהיה פטור ממשלוח הודעות אלו גם בדואר.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

3

פרטים על מצבו הבריאותי של הילד (יש לצרף מסמכים רפואיים מעודכנים)

---

---

---

---

---

4

#### הצהרה

אני החתום מטה מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם 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 הזכאות לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. ידוע לי, כי עליי להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים. במידת הצורך, אני מסכים לבדוק מחדש את הליקוי הרפואי. ידוע לי, שבדיקה זו יכולה לגרום לשינוי ולהשפיע על הזכאות לקצבת ילד נכה (לרבות הפחתתה).

תאריך \_\_\_\_\_

חתימת מגיש התביעה ✕ \_\_\_\_\_

עמוד 3 מתוך 3

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות – ילד נכה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: שר"מ וילד נכה

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	שם משפחה
30		שנה חודש יום	
שם פרטי		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 לר"מ  הורה  אפוטרופוס  אחר \_\_\_\_\_

מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלה, מצב הרפואי, הטיפול שניתן, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודות המבוטח.

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