



## המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות

נפגעי עבודה

### תביעה להכרה כנכה נזקק

לפי תקנה 18 א'

למי שאינו מסוגל לעבוד

### חותמת קבלה

לשימוש

פנימי

בלבד

(סריקה)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מס' זהות / דרכון

--	--

סוג  
המסמך

דפים

--	--

שנה	חודש	יום					

### תאריך הפגיעה בעבודה

1

#### פרטי התובע

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות

ס"ב

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### פרטים על עיסוקי לפני הפגיעה – נא סמן במקום המתאים

2

☐ שכיר – מקום העבודה

מעמד: ☐ זמני ☐ קבוע

ותק במקום העבודה: \_\_\_\_\_

מקצוע

הוצעה לי עבודה אחרת ע"י מעבידי: ☐ כן ☐ לא, ציין את הסיבה \_\_\_\_\_

התייצבתי כדורש עבודה בשירות התעסוקה ☐ לא ☐ כן, בתאריך \_\_\_\_\_

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך

אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי.

ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

#### חובה להחתים את המעביד, במקום העבודה בו נפגעת, על סעיף 4 בטופס זה.

☐ עצמאי

☐ העסק בבעלותי

☐ שותפות

\* יש לצרף דוחות מע"מ של העסק לתקופה המבוקשת

מצב העסק כיום: ☐ סגור ☐ הפעילות צומצמת ☐ אין שינוי בפעילות העסק

אני מעסיק עובדים: ☐ לא ☐ כן

ברצוני להוסיף על האמור לעיל: \_\_\_\_\_

### הצהרה

3

הריני מצהיר בזאת שבתקופה מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_, לא הייתה לי כל הכנסה מן המקורות שלהלן: הכנסה מהתעסקות, ואינני זכאי עבור תקופה זו לכל תשלום מאת מעבידי.

ידוע לי, כי אם תאושר זכאותי כנכה נזקק, תבוטל זכאות לאבטלה (אם יש כזו). ידוע כי מחובתי לעדכן את המוסד לביטוח לאומי מיד עם שובי לעבודה.

אני החתום מטה מצהיר בזה 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 בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

אם התביעה הוגשה בסיוע או על ידי מייצג: ☐ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ ביה"ח ☐ אחר \_\_\_\_\_

נא לציין את שם הגוף המסייע / המייצג \_\_\_\_\_ תאריך תחילת התקשרות \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ חתימה ☒

### אישור המעסיק למוסד לביטוח לאומי

4

שם המעסיק \_\_\_\_\_ מספר תיק ניכיים \_\_\_\_\_

אני מאשר כי העובד \_\_\_\_\_ בעל מס' ת.ז. \_\_\_\_\_

לא עבד בתקופה מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_

קבל שכר עבור תקופה זו ☐ כן ☐ לא

הוצעה לו עבודה אחרת במפעל ☐ כן ☐ לא, הסיבה \_\_\_\_\_ הערות: \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם החותם ותפקידו \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת ☒

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד