



תביעה לגמלה לילד/ה נכה

הגשת תביעה לילד נכה

- כדי לייעל את הטיפול בתביעתך, יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף את המסמכים הבאים:
- ✍ מסמכים רפואיים עדכניים על המצב הרפואי והתפקודי של הילד, כולל סיכומי מחלה מהשנה האחרונה, שבהם פירוט של הטיפולים הרפואיים.
 - ✍ מסמכים נוספים בהתאם לליקוי או המחלה שממנה סובל הילד.
 - ✍ אישור לימודים שימלא המוסד החינוכי (מעון יום, גן הילדים או בית הספר) ויחתום עליו - ראה נספח אישור על לימודים.

לידיעתך

- ✍ לאחר הגשת התביעה, במידת הצורך, יוזמנו ההורים והילד לבדיקה בוועדה רפואית.
- ✍ באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא תשלום במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.
- ✍ על פי החוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.
- ✍ אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

כיצד יש להגיש את התביעה

- ✍ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.

- ✍ לשאלות ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

פרטים על ילדים שבגינם משולמת קצבת ילד נכה

| שם הילד | מספר זהות | שם הילד | מספר זהות |
|---------|-----------|---------|-----------|
| 1 | 4 | | |
| 2 | 5 | | |
| 3 | 6 | | |

פרטים על מצבו הרפואי של הילד

| פרטי הליקוי הרפואי / המחלה | מסמכים נדרשים |
|--|--|
| ספקטרום אוטיסטי | <input type="checkbox"/> אבחון רפואי מפסיכיאטר ילדים ונוער או מניירולוג 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) |
| סכרת נעורים | <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 |
| ליקוי שמיעה / חירשות | <input type="checkbox"/> אודיוגרמה – בדיקת שמיעה מעודכנת בהולכת אוויר ללא מכשירי שמיעה וטימפנוגרם אם נדרש |
| אפילפסיה | <input type="checkbox"/> סיכום מידע רפואי מניירולוג 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 |
| ליקוי ראייה / עיוורון | <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 ממשד הרווחה – השירות לעיוור <input type="checkbox"/> דוח התפתחותי / רפואי מעודכן <input type="checkbox"/> מסמך מעודכן על הטיפולים הפרא רפואיים (קלינאי תקשורת, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וכדומה) |
| עייוב התפתחותי | <input type="checkbox"/> אבחון מרופא התפתחותי ופסיכולוג מהמכון להתפתחות הילד, ובו פירוט רמת העייוב (DQ) כולל הכלי בו נעשה השימוש (ג'יזל, מולן, ביילי, גרפיתיס ודומיהם) <input type="checkbox"/> דוח התפתחותי / רפואי מעודכן <input type="checkbox"/> מסמך מעודכן על טיפולים פרא רפואיים (קלינאי תקשורת, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וכדומה) |
| סיוע בתקשורת | <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. |
| אלרגיות | |
| שיתוק מוחין/ CP | <input type="checkbox"/> דו"ח מהמכון להתפתחות הילד עם סיווג הרמה התפקודית לפי מבחן gmfcs+macs <input type="checkbox"/> מסמך רפואי מניירולוג. |
| <input type="checkbox"/> היעדר גף אחד <input type="checkbox"/> חוסר תפקוד מלא בגף אחד <input type="checkbox"/> העדר 2 גפיים <input type="checkbox"/> ליקוי בשתי גפיים | <input type="checkbox"/> מסמך רפואי מרופא מומחה באורתופדיה ילדים, שיקום ילדים, ניירולוג ילדים, רופא התפתחותי. <input type="checkbox"/> מסמך ממרפאות מקצועיות (ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, טיפול רגשי, התפתחות הילד) – מומלץ עם פירוט הערכה סטנדרטית של הגף המעורב <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 מניירולוג (רק למי שסובל מליקוי בשתי גפיים) |

המשך - פרטים על מצבו הרפואי של הילד

מסמכים נדרשים

פרטי הליקוי הרפואי /

המחלה

טיפול רפואי

☐ דיאליזה

☐ צנתור

☐ עירוי דם

☐ הזנה/ האכלה

☐ חמצן

☐ ציטוטוקסיה

☐ אחר _____

☐ הפרעות נפשיות

מחלה/תסמונת

☐ תסמונת דאון

☐ דחף בלתי

☐ נשלט לאכילה

☐ שברים

☐ פתולוגים

☐ דלקות כרוניות

☐ מחלה ממארת

☐ אחר _____

☐ מוגבלות שכלית

☐ מסמך רפואי מעודכן על אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון ההיסטוריה הרפואית, סוג הטיפול שניתן, ותדירותו.

☐ דוח על מעקב במרפאות מומחים – פירוט תכנית הטיפולים בהמשך

☐ מסמך ממרפאה ופסיכיאטר מטפל, כולל תכנית טיפול

☐ מסמך רפואי מעודכן על אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון סוג הטיפול שניתן, ותדירותו

☐ דוח על מעקב במרפאות מומחים

☐ אבחון של האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית במשרד הרווחה

☐ אישור של ועדת השמה על הצורך בלימודים במסגרת מיוחדת

☐ מסמך עדכני מנוירולוג ילדים, או פסיכיאטר ילדים, או מרופא מומחה מוסמך בטיפול בהפרעות קשב וריכוז

☐ דו"ח חינוכי עדכני מהמסגרת החינוכית המיוחדת בה הילד מתחנך

☐ אישור של ועדת השמה על הצורך בלימודים במסגרת מיוחדת

☐ אבחון מרופא מטפל הכולל אינדיקציה להנשמה, פירוט סוג המכונה ותאריך התחלת הנשמה קבועה

ADHD-הפרעות קשב,

ריכוז והיפראקטיביות

קשה

מונשם

תלונות רפואיות

5

פרטים על פגיעה כתוצאה מתאונה ותביעה נגד צד שלישי

האם נכות הילד נגרמה כולה או חלקה כתוצאה מתאונת דרכים?

כן, תאריך התאונה _____ ☐ לא ☐ - חובה לענות על שאלה זו ☐ לא ☐

האם נכות הילד כולה או חלקה נגרמה כתוצאה מאירוע תאונתי אחר (רשלנות, נפילה בדרך מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר וכד')?
כן, פרט ☐ לא ☐ - חובה לענות על שאלה זו. _____

מקום אירוע התאונה ונסיבותיה: _____

נמסרה הודעה למשטרה?

כן, לתחנת המשטרה ב _____ בתאריך _____ מס' התיק _____ ☐ לא ☐

האם הוגשה או עומדים להגיש תביעה לפיצויי נזיקין? ☐ לא ☐ כן, פרט _____
שם משפחה ושם פרטי של הנתבע _____ תאריך הגשת התביעה _____
פרטי עו"ד המייצג את הילד בתביעה (שם ושם המשרד) _____

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

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____ דואר אלקטרוני _____ @ _____

6

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, נידות בתוך הבית, הלבשה, רחצה, היגיינה אישית)). מי שנקבע לו כי הוא תלוי לחלוטין בעזרת הזולת בביצוע פעולות היומיום, זכאי לקצבה בשיעור 188%.

חתימת התובע * _____

פרטי חשבון הבנק של התובע/ת

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.

_____ x חתימת מקבל הגמלה
_____ x חתימה/חתימות השותפים לחשבון
תאריך _____

הצהרה

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 בידועין
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.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.
במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.


אני מסכים לוועדה בוודא צ'אט ☐ כן ☐ לא.

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


_____ תאריך _____
_____ x חתימת מגיש התביעה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)


מס' זהות / תיק ניכויים



סוג המסמך



דפים



חותמת קבלה

טופס זה ימלא הגורם החינוכי ויחתום עליו בעבור ילדים מגיל 3 ומעלה שימו לב, יש למלא את הטופס לשנת הלימודים הנוכחית.

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות

ב"ס

שם המסגרת החינוכית _____ ☐ בתנאי פנימייה ☐ לא בתנאי פנימייה

כתובת המסגרת החינוכית _____ מס' טלפון: _____

הילד נמצא במסגרת חינוך ☐ רגיל ☐ מיוחד

החל את הלימודים בתאריך _____ תאריך סיום לימודים (משוער) _____

מס' ימי לימוד בשבוע _____ מס' שעות לימוד ביום _____

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

האם מוגשת ארוחה לתלמידים? ☐ כן ☐ לא

האם הילד אוכל ושותה בכוחות עצמו? ☐ כן ☐ לא

הערות:

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 _____

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 קרוב? ☐ 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 קרוב? ☐ 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 | | |
| שם משפחה | שם פרטי | שנה חודש יום |

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ 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 * _____