ייפוי כוח מפורט לייצוג נכה צה"ל

**אני החתום מטה:**

**(שם הלקוח),**

ת"ז: \_\_\_\_\_\_\_\_,

כתובת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

טלפון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

דוא"ל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**להלן: "המייפה כוח",**

**הנני מייפה בזאת את כוחו של:**

**(שם עורך הדין),**

ת"ז: \_\_\_\_\_\_\_\_,

כתובת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

טלפון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

דוא"ל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**להלן: "עורך הדין",**

לייצג אותי באופן מלא, כולל ביצוע פעולות בשמי ובמקומי, בכל ההליכים המשפטיים והמנהלתיים הכרוכים בהכרה כנכה צה"ל, וזאת בהתאם לחוק הנכים (תגמולים ושיקום), תש"ט-1949, כמפורט להלן:

**1. ייצוג מול משרד הביטחון**

1.1. עורך הדין מוסמך להגיש בקשה להכרה כנכה צה"ל מטעמי, בהתאם למצב הבריאותי שלי ונסיבות הפגיעה, לרבות הגשת כל המסמכים הנדרשים, חוות דעת רפואיות ותצהירים נדרשים.

1.2. עורך הדין מוסמך לפנות לכל גוף, גורם או אגף במשרד הביטחון (לרבות אגף השיקום) הנוגעים לבקשה, וכן לדרוש מידע, מסמכים או נתונים הנחוצים לטיפול בתיק.

1.3. עורך הדין רשאי לנהל משא ומתן מול נציגי משרד הביטחון בכל עניין הקשור להליך ההכרה בנכותי.

**2. ייצוג בפני ועדות רפואיות**

2.1. עורך הדין ייצג אותי בפני כל ועדה רפואית, כולל ועדות ערעור במשרד הביטחון או בפני כל גוף אחר אשר דן במצבי הרפואי.

2.2. עורך הדין מוסמך להציג בפני הוועדה הרפואית חוות דעת רפואיות, תעודות ומסמכים המעידים על מצבי הרפואי.

2.3. עורך הדין רשאי לנהל משא ומתן בשמי עם חברי הוועדה, להגיש בקשות מיוחדות ולפעול למימוש זכויותיי הרפואיות והמשפטיות ככל שיידרש.

2.4. במידת הצורך, עורך הדין יגיש ערעורים על החלטות הוועדה הרפואית, וייצג אותי בכל דיון הקשור לכך.

**3. ניהול משא ומתן**

3.1. עורך הדין מוסמך לנהל משא ומתן בשמי מול כל גורם רלוונטי, לרבות נציגים של משרד הביטחון, אגף השיקום, מומחים רפואיים וכל גוף אחר הנוגע להליך ההכרה או הנוגע למצבי הרפואי.

3.2. עורך הדין יפעל למקסם את זכויותיי בהתאם לחוק הנכים (תגמולים ושיקום) ולתקנות הרלוונטיות, תוך התחשבות במצבי הרפואי והמשפטי.

**4. הגשת מסמכים**

4.1. עורך הדין מוסמך להגיש בשמי כל מסמך הדרוש להליך ההכרה והוועדות הרפואיות, לרבות תצהירים, בקשות, חוות דעת רפואיות, עתירות, מסמכי ערעור וכל מסמך אחר הנדרש במסגרת הטיפול המשפטי.

4.2. עורך הדין רשאי לאסוף בשמי מסמכים מגופים רפואיים, משרדי ממשלה, רשויות מקומיות וכל גורם אחר שיש לו מידע רלוונטי.

**5. קבלת החלטות**

5.1. עורך הדין מוסמך לקבל בשמי החלטות טקטיות ואסטרטגיות במהלך ההליך המשפטי והייצוג בפני הוועדות הרפואיות, לרבות בחירת המומחים הרפואיים, אופן הצגת הראיות והנושאים שיובאו לדיון בפני הוועדה.

5.2. כל החלטה מהותית הדורשת את אישורי האישי תובא לידיעתי ותקבל את הסכמתי בטרם תבוצע.

**6. הסכמים וסדרי דין**

6.1. עורך הדין מוסמך לחתום בשמי על כל הסכם, הסדר פשרה או כל מסמך משפטי אחר הנוגע להליך ההכרה והוועדות הרפואיות, בכפוף להנחיותיי.

6.2. כל הסדר פשרה יובא לידיעתי ויקבל את אישורי בטרם ייחתום על ידי עורך הדין.

**7. התקשרות עם מומחים**

7.1. עורך הדין מוסמך להתקשר עם מומחים רפואיים, יועצים משפטיים ומומחים אחרים ככל שיידרש, לצורך איסוף ראיות וחוות דעת הנחוצים להוכחת מצבי הרפואי.

7.2. עורך הדין רשאי להעביר חוות דעת רפואיות ומסמכים רלוונטיים לגורמים מתאימים במסגרת ההליכים המשפטיים והרפואיים.

**8. תקשורת וקבלת מידע**

8.1. עורך הדין מוסמך לפנות לכל גוף רפואי, קופת חולים, בית חולים, מוסד ממשלתי, משרד הביטחון או כל גורם אחר במטרה לקבל מידע רפואי או מסמכים הנחוצים לטיפול בתיק.

8.2. כל פנייה למוסדות רפואיים או גורמי שלטון תעשה בהתאם להנחיותיי.

**9. תוקף ייפוי הכוח**

9.1. ייפוי כוח זה יישאר בתוקף עד להשלמת כל ההליכים המשפטיים והרפואיים הקשורים להכרה כנכה צה"ל ולוועדות הרפואיות, לרבות הליכי ערעור ככל שיהיו.

9.2. אני שומר לעצמי את הזכות לבטל ייפוי כוח זה בכל עת בהודעה בכתב לעורך הדין, למעט במקרים שבהם ביטול ייפוי הכוח יפגע בזכויותיי בהליך המשפטי.

**10. ביטול ייפוי הכוח**

10.1. במידה ואבקש לבטל את ייפוי הכוח, עליי להודיע לעורך הדין על כך בהודעה בכתב.

10.2. ביטול ייפוי הכוח ייכנס לתוקף עם קבלת ההודעה, אך לא יפגע בזכות עורך הדין לקבלת שכר טרחה עבור העבודה שנעשתה עד למועד הביטול.

**חתימות:**

**חתימת המייפה כוח: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**חתימת עורך הדין: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**