



תביעה לגמלת סיעוד

חובה לצרף לטופס זה

- ✎ אישורי הכנסות שלך ושל בן/בת זוג מכל המקורות (למעט קצבאות ביטוח לאומי) לשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה חודשים שקדמו לחודש הגשת תביעה.
- ✎ אם את/ה מתגורר/ת בבית אבות/מוסד/משפחתון, עליך למלא אישור בסעיף 9 (בטופס התביעה) על ידי הנהלת המקום.
- ✎ מילוי טופס מידע רפואי על ידי רופא מטפל (נספח א' בטופס התביעה).

כיצד יש להגיש את התביעה

- ✎ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות וברורים יש לפנות לטלפון *6050 או 12226050.
- ✎ לצורך קבלת הסבר וסיוע במילוי טופס התביעה, ניתן לפנות למחלקת ייעוץ לקשיש בסניפי המוסד לביטוח לאומי.
- ✎ **לידיעתך – אם הגשת תביעה במהלך שנים עשר החודשים האחרונים מאז נדחתה, אין צורך להמציא מחדש אישורי הכנסות.**
- ✎ לפרטים נוספים ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

הגעה לגיל 90

- ✎ אם מלאו לך 90 שנה, באפשרותך להיבדק על ידי רופא מומחה בגריאטריה, במקום להיבדק על ידי מעריך המוסד. אם הינך מעוניין בבדיקה על ידי רופא גריאטר, עליך להמציא אישור הערכה תפקודית מרופא (נספח ג' בתביעה)

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

עמוד 1 מתוך 8

<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p> <p>חותמת קבלה</p>	<p>מספר זהות / דרכון</p> <p>סוג המסמך</p> <p>דפים</p>
<p>תאריך תביעה</p> <p>שנה חודש יום</p>	<p>תאריך קובע</p> <p>שנה חודש יום</p>

תביעה לגמלת סיעוד

<p>1 פרטי התובעת/ת</p> <p>שם משפחה</p> <p>שם פרטי</p> <p>מספר זהות ס"ב</p>	
<p>תאריך לידה</p> <p>שנה חודש יום</p>	<p>מצב משפחתי</p> <p> <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור </p>
<p>כתובת</p> <p>רחוב</p> <p>מס' בית</p> <p>כניסה</p> <p>דירה</p> <p>ישוב</p> <p>מיקוד</p>	
<p>טלפון קווי</p> <p>0</p>	<p>טלפון נייד</p> <p>0</p> <p> <input type="checkbox"/> אני מאשר/ת קבלת הודעות SMS </p>
<p>הקשישה/ה נמצאת/ת כעת ב:</p> <p> <input type="checkbox"/> בכתובת הנ"ל <input type="checkbox"/> בבית חולים (ניתן להגיש תביעה רק כאשר יש מועד מתוכנן לשחרור מבית חולים). פרט: _____ שם בית החולים: _____ מחלקה: _____ תאריך שחרור*: _____ </p> <p> <input type="checkbox"/> בכתובת אחרת. פרט: _____ אצל: _____ כתובת: _____ </p>	
<p>שפות דיבור</p> <p>1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____</p>	
<p>ייעוץ לקשישה/ה</p> <p>הייעוץ לקשישה/ה מציע שירותי ביקורי בית שניתן ע"י מתנדבים. <input type="checkbox"/> אני מעוניין/ת בביקורי מתנדב</p>	
<p>פרטים על בן/בת זוג</p> <p>שם משפחה</p> <p>שם פרטי</p> <p>מספר זהות ס"ב</p> <p>האם בן/בת הזוג הגישה תביעה לגמלת סיעוד או מקבלת/ת גמלת סיעוד? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>	

בן/בת משפחה או אפוטרופוס – לתאום ביקור

2

- יש לצרף אישור על מינוי אפוטרופוס
- לא ניתן לרשום בבקשה לתאום מי שאינו בן/בת משפחה או אפוטרופוס. בקשה לתאום עם גורם אחר תוגש במצורף לתביעה ותכלול נימוקים לבקשה ותאור מפורט של הקשר עם הקשישה.

שם משפחה	שם פרטי	הקשר לקשישה
טלפון קווי	טלפון נייד	

כתובת המטפלת/העיקרית (ימולא רק כאשר יש לשלוח מכתבים המופנים לתובע/ת לכתובת המטפלת/העיקרית)

3

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב
טלפון קווי	טלפון נייד				

האנשים הגרים עם התובע/ת

4

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	יחס קרבה	שנת לידה	ציין אם קיימת הגבלה בתפקוד ואם מקבלת/גמלת סיעוד/שירותים מיוחדים או אחרת בשל מגבלה זו
1					
2					
3					
4					

פרטי הכנסות בשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה שקדמו לתאריך הגשת התביעה

5

- צרך אישורים מתאימים עבור מקורות ההכנסה שצינת (פרט לקצבאות ביטוח לאומי).
- סמן ✓ בטור המתאים, אם יש הכנסה וכן גם אם אין הכנסה, מאחד מהמקורות המפורטים בטבלה.

לשימוש המוסד לביטוח לאומי		הכנסות תובע		הכנסות זוג בן/בת		מקור
הכנסות בן/בת הזוג לחודש (יש לרשום את החודש ואת ההכנסה המתאימה)	הכנסות התובע/ת לחודש (יש לרשום את החודש ואת ההכנסה המתאימה)	אין	יש	אין	יש	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה שכירה
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה עצמאית
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פנסיה מעבודה
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	רנטה מחו"ל
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמולים
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שכר דירה
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אחר: _____

6 הוצאות קבועות: החזקה במוסד, תשלום דמי מזונות, שכר דירה במקרה של שכירת דירה חלופית
יש לצרף אישורים לשלושה חודשים מתוך ארבעת החודשים שקדמו לחודש הגשת התביעה.

לשימוש המוסד לביטוח לאומי	סכום הוצאה לחודש				התשלום עבור (ציין שם יחס קרבה לתובע/ת)	סוג ההוצאה (ציין את הסוג המתאים)
סה"כ הוצאות ל-3 חודשים	_____	_____	_____	_____		החזקה במוסד
						דמי מזונות
						שכר דירה

7 תפקוד בפעולות היום יום
ניידות

נייד/ת בכוחות עצמו/ה נייד/ת בהשגחה ו/או מתהלך/ת לבד עם מכשיר
 נדרשת עזרה מלאה רתוקה/ה לכיסא גלגלים או למיטה

תפקוד בפעולות היום יום (סמן בכל אחד מהתפקודים את האפשרות המתאימה: עצמאי/ת או זקוקה/ה לעזרה)

תפקוד	עצמאי/ת	זקוקה/ה לעזרה	אם זקוקה/ה לעזרה, פרט סוג עזרה
הלבשה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
רחצה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
אכילה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
טיפול בהפרשות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8 קבלת תשלום או שירותים עבור טיפול אישי ו/או עזרת בית מהגורמים הבאים (סמן את המתאים)

לא מקבל/ת
 מקבל/ת עזרה בבית או עזרת הזולת ממשרד הביטחון

9 מגורים במוסד/בית אבות – אם התובע/ת גר במוסד (אישור זה ימולא ע"י המוסד/בית אבות)

הרני לאשר כי מר/גב' _____ ת.ז. _____
 נמצא/ת במוסדנו: _____ תאריך כניסה: _____
 כתובת המוסד: _____ מס' טלפון: _____

המוסד/המחלקה בה נמצא/ת הקשישה/ה פועל ברישיון: משרד העבודה והרווחה משרד הבריאות ללא רישיון
 נמצא/ת במחלקה: סיעודית לתשושים לתשושי נפש אחרת, פרט: _____
 ההתקשרות בין המוסד לקשישה/ה כוללת: ארוחות ניקיון כביסה
 השתתפות בדמי החזקה על ידי גוף ציבורי מהמשרדים: בריאות עבודה ורווחה ביטחון סוכנות אין השתתפות

מוסד בקיבוץ – ימלא בנוסף את הפרטים הבאים:

המוסד מיועד: לחברי הקיבוץ ובני משפחותיהם בלבד קולט קשישים מבחוץ
 מעמד התובע/ת: חבר/ת קיבוץ חבר/ת קיבוץ אחר אורח/ת בתשלום אורח/ת לא בתשלום
 מתאריך: _____

אישור המוסד/בית אבות

תאריך: _____ שם מנהל המוסד: _____ חתימת מנהל המוסד * _____

פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי

1. האם התלוצת בזולת נגרמה כתוצאה מתאונה (תאונת דרכים או תאונה אחרת)?
 לא כן, פרט: _____
 סוג התאונה: תאונת דרכים תאונה אחרת
 תאריך התאונה: _____ מקום התאונה: _____
 נסיבות אירוע התאונה: _____

2. האם נמסרה הודעה למשטרה?
 לא כן, לתחנת המשטרה ב: _____ מס' תיק: _____
 כתובת תחנת המשטרה: _____

3. האם הגשת או תגיש/י תביעה לפיצוי נזיקין?
 לא כן, בתאריך: _____
 מיהו הנתבע/ת: _____ מס' התיק: _____

4. עורך הדין המייצג אותך בתביעה:
 שם: _____ טלפון: _____ טלפון נייד: _____
 כתובת: _____

5. האם קיבלת פיצוי נזיקין בגין התאונה?
 טרם קיבלתי פיצוי קיבלתי פיצוי
 בסך: _____ מאת: _____ בתאריך: _____

פרטי חשבון הבנק של התובע/ת

אם יגיעו תשלומים, אבקש לזכות את מספר החשבון המפורט להלן:

קירבה לתובע		החשבון מתנהל על שם	
שמות השותפים לחשבון			
מספר חשבון	מספר סניף	שם הסניף / כתובתו	שם הבנק

הצהרת השותפים לחשבון

אני/ו השותף/ה לחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב/ים להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, עבור מקבל/ת הגמלה. אני/ו מתחייב/ים להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני/ו מסכים/ים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה. אני/ו מסכים/ים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

תאריך _____ שם השותף _____ מס' ת.ז. _____ חתימה * _____

ויתור סודיות

12

ויתור סודיות ייחתם על ידי התובע/ת או אפטרופסו (אם מונה ל/ה כזה).
הויתור מהווה תנאי הכרחי לטיפול בתביעה.

אני _____ הח"מ, מס' ת.ז. _____
מבקש/ת בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיי.

אני _____ הח"מ, מס' ת.ז. _____
נותן/ת בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי למסור מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד, לחברי הועדה המקומית ועובדים הפועלים מטעמם וכן לנותן השירותים שיספק לי את שירותי הסיעוד.

אני מאשר/ת בזה כי ידוע לי שמידע על מחלה מדבקת (אם קיימת) יימסר לנותן השירותים ולמטפלת מטעמו.

תאריך _____ חתימת התובע ✕ _____

אם החותם אינו הזקן, יש לצרף צילום צו אפטרופוס.

הצהרת התובע/ת ו/או מגיש/ת התביעה

13

אני החתום/ה מטה תובע/ת גמלת סיעוד ומצהיר/ה בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, מהווה עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י 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 זכותי לגמלה או על יצירת חוב ועל כן, אני מתחייב/ת להודיע על כל שינוי תוך 30 יום.

כמו כן, אני מתחייב/ת להודיע על יציאה מהארץ.

כמו כן, אני מצהיר/ה בזה כי פרט להכנסות שצוינו לעיל אין לתובע/ת ו/או לבן/בת זוג/ה הכנסות נוספות.

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימת התובע/ת / מקבל/ת הגמלה / מגיש/ת התביעה ✕ _____

למלא אם מגיש/ת התביעה אינו התובע/ת:

הקשר לתובע/ת		טלפון קווי			טלפון נייד		
0		0			0		
רחוב		מספר בית	כניסה	דירה	יישוב		מיקוד



שם החולה: _____
ת.ז. ס"ב _____
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

מידע רפואי לצורך קבלת שירות סיעוד - ימולא על ידי הרופא המטפל

א. פרטי אבחנות עיקריות

מטאריך	אבחנות עיקריות	קוד (הקף בעיגול)	מערכות
	1. Ischemic Heart Disease		Heart/ Circulation
	2. S/P Myocardial Infarction		
	3. S/P CABG		
	4. S/P PTCA		
	5. Cardiac Arrhythmia		
	6. Atrial Fibrillation		
	7. Pacemaker		
	8. Congestive Heart Failure		
	9. Peripheral Vascular Disease		
	10. Cerebrovascular Disease		Neurological/ Psychiatric
	11. S/P CVA		
	12. Hemiparesis / Hemiplegia		
	13. Dysphasia / Aphasia		
	14. S/P TIA		
	15. Parkinson's Disease		
	16. Seizure Disorder		
	17. Dementia		
	18. Depression		
	19. Psychiatric illness		
	20. Diabetes Mellitus		Endocrine
	21. Hypothyroidism		
	22. Hyperthyroidism		
	23. Osteoarthritis		Musculoskel
	24. Rheumatoid arthritis		
	25. S/p Hip Surgery		Respiratory
	26. Chronic Lung Disease		
	27. Asthma		
	28. Renal Failure (acute or chronic)		Renal
	29. Hemodialysis		
	30. Peritoneal dialysis		
	31. Provide details _____		Oncological
	32. Anemia		Other
	33. Malnutrition		
	34. Hypertension		
	35. Infectious Disease		
	36. Other (provide details) _____		

ב. טיפול רפואי נוכחי (כולל תרופתי)

ג. אשפוזים/אירועים בשישה חודשים אחרונים
(פרט שני אירועים – המשמעותיים ביותר)

אין יש (פרוט להלן)

1. תאור האירוע/הסיבה לאשפוז

תאריך האירוע/האשפוז _____

מקום האשפוז _____

2. תאור האירוע/הסיבה לאשפוז

תאריך האירוע/האשפוז _____

מקום האשפוז _____

מצב רפואי/תפקודי בתום האירוע/אשפוז אחרון

ד. מצב קוגניטיבי (ציין אפשרות אחת)

1. מתמצא/ת בזמן ובמקום

2. הפרעה קלה בהתמצאות – או הפרעה חולפת

3. הפרעה ניכרת בהתמצאות

4. דמוניה – עם הפרעה בדיבור ובתפקוד היומי

5. אין מידע

ה. תחילת ההגבלה המשמעותית בתפקוד יומי

בשני החודשים האחרונים

בתקופה שקדמה לחודשיים האחרונים

אין מידע

ו. המגבלה התפקודית עשויה לחלוף תוך חודשיים

כן לא אין מידע

ז. האם הקשישה/סובלת ממחלה מדבקת פעילה?

לא כן. פרט: _____

שם הרופא _____ המרפאה/בית החולים _____ טלפון _____

תאריך _____ חתימת וחותמת **X** _____

מידע מאחות/עו"ס מרפאה: נא לצרף בדף נוסף על פי הצורך.



מידע לצורך החלטה בזכאות לגמלת סיעוד (אין חובה למלא דף זה) – ימולא ע"י אחות/עו"ס (קופ"ח/רווחה) המעוניינים למסור מידע, לגבי תובעי גימלת סיעוד הנמצאים בטיפולם, על סמך היכרות

פרטי הקשישה

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
רחוב		מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
מיקוד					

מטפל עיקרי בזקן/ה

שם משפחה	שם פרטי	קירבה	טלפון קווי/נייד
			0

ימולא ע"י אחות/עו"ס

ימולא ע"י אחות קופ"ח

א. סמן X ליד התפקוד המתאים	ציין מי עוזר	א. סמן X ליד התפקוד המתאים	ניידות
התמצאות		עצמאית	
<input type="checkbox"/> מתמצאת בזמן ובמקום		עצמאית עם מכשיר	
<input type="checkbox"/> הפרעה בזיכרון		זקוקה לעזרה מלאה	
<input type="checkbox"/> הפרעה בהתמצאות		זקוקה לעזרה חלקית	
שיתוף פעולה		נפילות	
<input type="checkbox"/> משתף/ת פעולה		שליטה מלאה	הפרשות, שליטה על סוגרים
<input type="checkbox"/> משתף/ת פעולה על ידי דרבון		שליטה חלקית	
<input type="checkbox"/> לא משתף/ת פעולה		אי שליטה	
תקשורת		משתמשת/ת במוצרי ספיגה	
<input type="checkbox"/> מבין/ה ומדבר/ת לעניין		פיום (סטומה)	
<input type="checkbox"/> מבין/ה אך מתקשה בדיבור		קטטר	
<input type="checkbox"/> לא ניתן לתקשר		עצמאית	הלבשה
ב. מצבי התנהגות חריגים ותכיפותם (כגון: נטיה לשוטטות ואיבוד דרך, הוצאה לא מבוקרת של כספים, הצתת אש, התמכרות לסם/אלכוהול, הזנחה עצמית, אספנות כפייתית, מצב משפחתי/חברתי חריג) פרט: _____		זקוקה לעזרה חלקית	
		זקוקה לעזרה מלאה	
		עצמאית	רחיצה
ג. אפטרופוס:		זקוקה לעזרה חלקית	
<input type="checkbox"/> אין		זקוקה לעזרה מלאה	
<input type="checkbox"/> מונה אפטרופוס	<input type="checkbox"/> בתהליך מינוי	עצמאית	אכילה
ד. מקבל/ת (מאירגונו של ממלא/ת הטופס) שירותי:		זקוקה לעזרה חלקית	
<input type="checkbox"/> טיפול אישי בבית. סוג: _____		זקוקה לעזרה מלאה	
<input type="checkbox"/> טיפול במרכז טיפולי. סוג: _____		פצע לחץ קשה לריפוי	מצב העור
ה. הערות		ירידה ניכרת במשקל	משקל
		ב. ביקור במרפאה	
		<input type="checkbox"/> מגיעה/ה למרפאה בכוחות עצמו	
		<input type="checkbox"/> מגיעה/ה למרפאה עם מלווה	
		<input type="checkbox"/> הוגדר/ה כמרותק ולא מגיע למרפאה יש לציין תדירות וסיבה: _____	
ו. מצ"ב (אבחון, דו"ח, חו"ד וכדומה)		ג. תרופות	
		<input type="checkbox"/> לוקח/ת באופן עצמאי	
		<input type="checkbox"/> לוקח/ת באופן לא סדיר	
		<input type="checkbox"/> זקוקה/ה לעזרה: _____	

פרטי מוסר המידע

הארגון	תפקיד	שם משפחה	שם פרטי	טלפון קווי/נייד
				0

חתימת וחותמת X

