



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה

**בקשה לבדיקת תלות
למקבל קצבת ילד נכה**

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך		דפים							

בדיקה זו היא בדיקה פיזית בוועדה, הבוחנת את מידת התלות בעזרת הזולת בביצוע פעולות היום יום (אכילה, נידות בתוך הבית, הלבשה, רחצה היגיינה אישית)

פרטי הילד

1

שם משפחה						שם פרטי						מספר זהות ס"ב					
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)																	
רחוב / תא דואר			מס' בית			כניסה			דירה			יישוב			מיקוד		
האם הילד שווה עכשיו במוסד או במשפחה אומנת או בפנימייה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן: <input type="checkbox"/> במוסד / בפנימייה <input type="checkbox"/> כתובת: _____ <input type="checkbox"/> במשפחה אומנת <input type="checkbox"/> כתובת: _____																	

פרטי מגיש התביעה

2

שם משפחה						שם פרטי						מספר זהות ס"ב					
קרבה אל הילד:																	
<input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> אח/אחות <input type="checkbox"/> סב/סבתא <input type="checkbox"/> אפוטרופוס (יש לצרף צו אפוטרופסות) <input type="checkbox"/> אחר _____																	
כתובת מגורים/מען למכתבים ופרטי התקשרות: <input type="checkbox"/> עם הילד <input type="checkbox"/> אחר, פרט:																	
רחוב / תא דואר			מס' בית			כניסה			דירה			יישוב			מיקוד		
טלפון קווי						טלפון נייד						דואר אלקטרוני					
_____						_____						_____@_____					

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

3

פרטים על מצבו התפקודי 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.

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.

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

תאריך _____ חתימת מגיש התביעה ✕ _____