



בקשה לקבלת גמלה בכסף לזכאי גמלת סיעוד המעסיק מטפל צמוד

לידיעתך

רמת זכאות

מספר יחידות שירות למעסיק עובד זר	מספר יחידות שירות	נקודות שנצבר בהערכת התלות	רמת זכאות
לא משפיע	9 שעות בשבוע	2.5 עד 3 *	1
	5.5 שעות בשבוע		
	10 שעות בשבוע	3.5 עד 4.5	2
14 יחידות שירות בשבוע	17 שעות בשבוע	5 עד 6	3
18 יחידות שירות בשבוע	21 שעות בשבוע	6.5 עד 7.5	4
22 יחידות שירות בשבוע	26 שעות בשבוע	8 עד 9	5
26 יחידות שירות בשבוע	30 שעות בשבוע	9.5 – 10.5	6

* ברמת זכאות 1 יש שתי אפשרויות : 9 שעות ללא טיפול אישי בבית או 5.5 שעות כולל טיפול אישי בבית

מטפל צמוד

- ↪ בקשה לגמלת הסיעוד בכסף ניתן להגיש כאשר הזכאי לגמלת סיעוד מעסיק או מטפל צמוד בהיקף של לפחות 6 ימים בשבוע ובכל יום לפחות 12 שעות ביממה.
- ↪ המטפלים בזכאי חייבים להיות בגירים מעל גיל 18.
- ↪ המטפל אינו יכול להיות "בן משפחה" של הזכאי (על פי הגדרת בן משפחה בסעיף 225 א. (ה) הורה, בן זוג, אח או אחות, בן, בת, וכן בני זוגם וילדו של כל אחד מאלה) כל אלה אינם יכולים לשמש כמטפלים.

מטפל צמוד זר

- ↪ זכאי לגמלת סיעוד המעסיק כמטפל צמוד "עובד זר" חייב לרשום את העובד בלשכה הפרטית להעסקת עובדים זרים, וחייב בהיתר העסקת עובד זר הכולל ציוות של העובד שהוא מעסיק מטעם רשות ההגירה במשרד הפנים.

מעסיק מטפל צמוד תושב ישראל חייב לצרף חוזה העסקה חתום על ידי המטפל או המטפלים ומקבל הגמלה או בני משפחתו, המפרט את היקף העבודה ותנאי השכר בעבור כל אחד מהמטפלים.

ניצול שואה

מי שהוכר כנרדף נאצים ע"י ועידת התביעות, הרשות לזכויות ניצולי שואה או חוק הפיצויים הגרמני וכן הוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי כזכאי לגמלת סיעוד של 15 שעות טיפול בשבוע ומעלה עשוי להיות זכאי לתוספת של שעות סיעוד מעבר לשעות הניתנות ע"י המוסד לביטוח לאומי. מי שבחר בקבלת גמלה בכסף יוכל למלא את טופס הפנייה לוועידת התביעות בעמוד 4 ולצרפו לטופס בקשה זה (בל 2655). פרטי הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל: רחוב המלאכה 3, קומה 1 (בית ויקטוריה), ת"א. מען למכתבים: ת.ד. 7197 ת"א, 67897 טל: 03-6090866 פקס: 03-6968294 או באינטרנט בכתובת: <http://www.k-shoa.org>

גמלת כסף ושירותי סיעוד

ניתן לשלב, גמלה בכסף וקבלת שירותי סיעוד אחרים מתוך סל השירותים: טיפול אישי בבית ע"י תושב ישראל, משדר מצוקה, מוצרי ספיגה, ביקורים במרכז יום ושירותי כביסה. לשירותי הסיעוד המפורטים קיים שווי כספי אם הבחירה היא שילוב של גמלה בכסף ושל שירותי סיעוד יופחת ערכם של השירותים הנוספים שנבחרו מסכום הגמלה בכסף. לדוגמא: מקבל גמלה בכסף שזכאי לגמלה בסך 5,326₪ לחודש, מבקש לשלב מוצרי ספיגה בערך של 200₪ לחודש. 200₪ יופחתו מסכום הגמלה בכסף שהוא זכאי לה, ולכן יקבל גמלה בסך 5,126₪ בנוסף למוצרי הספיגה.

פירוט החלופות הקיימות בכל אחד מהמסלולים: גמלה בכסף או בשירותים

מספר שעות טיפול אישי בבית בשבוע למי שמטופל ע"י עובד ישראלי ומממש זכאותו באמצעות נותן שירות כולל תוספת שעות למי שאיננו מעסיק עובד זר	סכום הגמלה למי שמעסיק עובד ישראלי ואושרה בקשתו לגמלה בכסף כולל תוספת למי שאיננו מעסיק עובד זר	סכום הגמלה למי שמעסיק עובד זר ואושרה בקשתו לגמלת כסף	ומספר שעות טיפול אישי בבית בשבוע למי שמעסיק עובד זר ומממש זכאותו באמצעות נותן שירות	רמת הזכאות
5.5 שעות	1,408 ₪*	1,408 ₪*	5.5 שעות	1
10 שעות*	2,049 ₪*	2,049 ₪*	10 שעות בשבוע	2
17 שעות	3,482 ₪	2,868 ₪	14 שעות בשבוע	3
21 שעות	4,302 ₪	3,687 ₪	18 שעות בשבוע	4
26 שעות	5,326 ₪	4,506 ₪	22 שעות בשבוע	5
30 שעות	6,146 ₪	5,326 ₪	26 שעות בשבוע	6
נתוני הטבלה מעודכנים נכון לחודש ינואר 2021. הסכומים משתנים מעת לעת.				
*סכום הגמלה או מספר שעות הטיפול אינו משתנה בשיעורי זכאות אלה באם מועסק עובד זר או מטפל ישראלי צמוד.				
מי שגמלתו מופחתת בגין הכנסות גבוהות זכאי למחצית השעות או הכסף לפי רמת הזכאות				

שווים של שירותי הסייעוד בשעות טיפול בשבוע / יחידות שירות

פריט שירות	רמות הגמלה	שווי בשעות טיפול / יחידות שירות בשבוע
יום ביקור במרכז יום	1 - 3	2 שעות
יום ביקור במרכז יום	4 - 6	2.75 שעות
משדר מצוקה	בכל רמות הגמלה	0.25 שעות
מוצרי ספיגה	בכל רמות הגמלה	תלוי בסוג מוצר הספיגה. רשימת מופרטת מופיעה באתר האינטרנט www.btl.gov.il
שירותי כביסה	בכל רמות הגמלה	בהתאם למשקל. רשימה מופרטת מופיעה באתר האינטרנט www.btl.gov.il
קהילה תומכת עדיין לא מופעל בכל הארץ	בכל רמות הגמלה	0.5 שעות

לפרטים נוספים ולמידע לגבי שיעורי הגמלה העדכניים, ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

חובות כמעסיק

- למקבל גמלה בכסף או כמקבל גמלה בכסף בשילוב עם שירותי סיעוד יש חובות כמעסיק על פי הקבוע בחוק לרבות רכישת ביטוח רפואי לעובד, דיווח ותשלום לביטוח לאומי וכן שמירה על זכויותיו הסוציאליות (דמי הבראה, חופשה שנתית, הפרשות לגמל ופיצויים כחוק וכיו"ב).
- לנוחותכם, דיווח ותשלום לביטוח לאומי ניתן לבצע באמצעות שירותי התשלומים ודיווחים באתר האינטרנט המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il
- את כל המידע בנושא זכויות וחובות העובדים הזרים ניתן לקבל באתר האינטרנט של משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים <https://www.gov.il/he/department/guides/rights-of-foreign-workers>
- מידע מקיף ניתן לקבל גם בלשכה הפרטית להעסקת עובדים זרים.

כיצד יש להגיש את הבקשה לגמלה בכסף

- יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
 - 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 וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

חזרה לשירותי סיעוד

- מי שאושרה לו גמלה בכסף יוכל לשוב ולבחור בכל עת לקבל את גמלת הסיעוד באמצעות "נותן שירותים" - היינו ארגון שיעסיק את המטפל הצמוד בשעות הסיעוד בהתאם לשיעור הזכאות שנקבע לו. יש להודיע על כך למוסד בדרכים הבאות: השארת הודעה במענה קולי במספר 02-6463888, "צור קשר" באתר הביטוח הלאומי או בפקס (ראה רשימת כתובות ומספרי פקס של מחלקות הסיעוד בסניפי המוסד לביטוח לאומי, בטופס זה) או במקרה זה, מקבל הגמלה ממשיך להיחשב כמעסיק לכל דבר ועניין לגבי שעות עבודתו של העובד שהן מעבר לשעות הזכאות.
- המוסד רשאי לשנות את החלטתו ולהפסיק את מתן הגמלה בכסף אם לא התקיימו תנאי החוק או ממצאי בקרה יצביעו על ליקויים בטיפול או חריגות בהתנהלות.

ברורים ושינויים בפרטים

- חובה להודיע למוסד לביטוח לאומי על פי הכתובות ומספרי פקס על כל שינוי בנתונים שנמסרו למוסד בבקשה לקבלת הגמלה בכסף, כולל זהות המטפלים והן לגבי היקף ההעסקה.
- שאלות וביירוים ניתן להפנות בפקס למחלקת הסיעוד בסניף המטפל.

חובה לחתום על טופס הבקשה

כתובות ומספרי פקס של מחלקות הסיעוד בסניפי המוסד לביטוח לאומי

הערות	מס' פקס	כתובת	סניף
	08- 8686723	רח' הבנים 14	אשדוד
	08- 6711173	רח' הנשיא 101	אשקלון
למשלוח מכתבים – רח' וולפסון 6 ת"ד 674	08-6295385	שד' שזר 31, בניין פריזמה	באר שבע
	03-6152980	רח' אהרונביץ 12	בני ברק
	04-6328084	רח' הלל יפה 7א'	חדרה
	03-5022483	רח' פנחס לבון 26	חולון
	04-8134959	שד' פל"ים 8	חיפה
	04-6721848	רח' הופיין 1	טבריה
	03-5127176	רח' התקומה 30	יפו
	02-6755592	רח' שמעון בן שטח 4	ירושלים
	09-7478216	רח' ויצמן 39	כפר סבא
	04-9907849	רח' נשיאי ישראל 11	כרמיאל
	04-9528123	רח' ויצמן 62	נהריה
	04-6027420	רח' המחצבות 3 אזור	נצרת
	09-8602759	רח' הרצל 68	נתניה
	04-6529227	רח' מנחם 1	עפולה
	03-9114857	רח' רוטשילד 72	פתח תקווה
	04-8467616 04-8467551	רחי אחי אילת 50 קריית חיים	קריית
	03-9426781	רח' ישראל גילי 7	ראשל"צ
	08-9345955	רח' רמז 64	רחובות
	08-9777471	רח' דני מס 11	רמלה
	03 – 6751901	רח' החשמונאים 15	רמת גן
	03 - 6250129	רח' יצחק שדה 17	תל אביב

טופס זה מנוסח בלשון זכר, אך פונה לנשים ולגברים כאחד.

עמוד 1 מתוך 4

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים	8 9

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – אגף סיעוד
סניף _____

**בקשה לקבלת גמלה בכסף
לזכאי גמלת סיעוד המעסיק
מטפל צמוד**

1 פרטי מגיש הבקשה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
אם חל שינוי בכתובת, פרטי ההתקשרות או חשבון הבנק נא מלא נספח א'		

2 פרטי מטפלים

שם	ת.ז./דרכון	קרבה/קשר	שנת לידה	מין	מטפל צמוד: תושב זר או תושב ישראל?	תאריך תחילת עבודה
1.						
2.						
3.						

3 פרישת תכנית הטיפול למעסיק מטפלים תושבי ישראל בלבד

נא פרט את שעות העבודה של כל מטפל ישראלי. יש לצרף חוזה עבודה של כל מטפל הרשום מטה

שם המטפל	זמני טיפול	יום בשבוע						
		א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'	שבת
1.	משעה							
	עד שעה							
2.	משעה							
	עד שעה							
3.	משעה							
	עד שעה							

4 שילוב של גמלה בכסף ושירותי סיעוד

באפשרותך לשלב גמלה בכסף ושירותי סיעוד בו בזמן – ראה הסבר בדף המידע.
(ימלא רק מי שמעוניין בשילוב גמלה בכסף ושירותי סיעוד)

אני מעוניין לקבל גמלה בכסף ואת השירותים באים: (סמן ליד השרותים הרצויים)
 קהילה תומכת (עדיין לא קיים בכל הישובים)
 טיפול אישי בבית באמצעות חברה נות"ש
 משדר מצוקה מוצרי ספיגה מרכז יום שירותי כביסה

טופס בקשה לוועידת התביעות (גמלה סיעוד בכסף)

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; font-size: small;">מס' זהות / דרכון</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">סוג המסמך</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">דפים</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">8</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">9</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> </div>													סוג המסמך	דפים	8	9					לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 0 auto; width: 80%;"> <h3 style="text-align: center;">חותמת קבלה</h3> </div>
סוג המסמך	דפים	8	9																			

אין צורך לשלם בכדי לפנות לתוכנית זו. אינך צריכה לשלם לאף אחד עבור טופס זה או עבור סיוע במילוי. יש לציין שהגשת טופס זה איננה מהווה זכאות לסיוע. סיוע זה מתאפשר אך ורק לניצולי שואה יהודיים המוכרים על ידי ועידת התביעות ומקבלי גמלת סיעוד בכסף מהמוסד לביטוח הלאומי ובעלי נקוד של 6 נקודות במבחן התלות; וללא הפחתת שעות בשל הכנסות.

יש למלא הטופס באנגלית, למלא אותו במלואו ולשלוח חזרה את המקור בדואר או במסירה ידנית. מומלץ לצרף העתק של תעודת הזהות של הפונה.

פרטים אישיים:					
ENGLISH FIRST NAME			ENGLISH LAST NAME		
«First_Name»			«Last_Name»		
Israel GOV. ID number		Gender	שם פרטי - בעברית		שם משפחה - בעברית
«Israeli_Id»		M F	«Hebrew_First_Name»		«Hebrew_Last_Name»
Zip Code	City Name		Apartment №	House №	Street Name
«Zip»	«City»				«Address»
Birth Date			Phone Number		
«BirthDate» יום / חודש / שנה			«Phone»		
Date of Immigration			Country of Birth		
יום / חודש / שנה			«Place_of_Birth_Country»		
פרטי בנק: (חשבון הבנק חייב לכלול את שמו של ניצול השואה)					
שם בנק		מספר בנק	מספר סניף	כתובת הסניף (רחוב ועיר)	מספר חשבון

לתשומת ליבך, הבקשה לתוכנית זו תחשב לזכאות אך ורק מיום קבלת הטופס המקורי במשרדנו. בכדי לזרז את ההליך אנו ממליצים כי הטופס ישלח בדואר אקספרס או רשום.

במידה ובקשתך לקבלת גמלה בכסף (ICFS) תאושר ע"י ועידת התביעות אזי:

- 1) הסכום המשולם ע"י ועידת התביעות כולל את שכר העובד וכל ההפרשות הסוציאליות הנדרשות עפ"י חוק.
- 2) יורשים אינם זכאים לסיוע במסגרת תוכנית זו. תוספת שעות הסיעוד כגמלה בכסף יכולה להתבצע רק לחשבון הבנק של ניצול השואה מבקש את הסיוע.
- 3) כל החובות התשלומים בגין העסקת המטפל הממומנים ע"י ועידת התביעות הינם באחריותו המלאה והבלעדית של מקבל הסיוע ולא הפונה. ועידת התביעות לא תישא כל אחריות בגין חובות לצד שלישי בכלל ולמטפל בפרט.
- 4) עליך לדווח מידיית בכתב לוועידת התביעות על כל שינוי רלוונטי במצבך לרבות: אשפוז בבית חולים או מוסד טיפולי אחר, מעבר לבית אבות וכדומה. במידה וימצא כי לא פעלת כאמור לעיל, עומדת לוועידת התביעות הזכות לדרוש או ולתבוע סכומים ששולמו עקב כך חזרה.
- 5) במידה ולא תקבלי אישור על קבלת טופס זה תוך 30 יום מיום שליחתו ו/או לבירורים נוספים ניתן לפנות: 03-5194400 או בדואר לת.ד 20064 תל אביב מיקוד 6120001.

הצהרה

אני מסמיך את ועידת התביעות לקבל ולתת כל מידע אישי הנדרש לצורך קביעת זכאותי לתוכנית גמלת סיעוד בכסף מגופים שונים כגון משרד האוצר הגרמני, משרד המבקר הפדרלי, כל גוף ממשלתי, ציבורי, או פרטי בישראל או בחו"ל לרבות לקבל, לבדוק ולאמת כל מידע הנדרש לשם כך מכל גורם לרבות ממאגר הרשות לניצולי השואה בישראל, מרשם האוכלוסין במשרד הפנים והמוסד לביטוח לאומי.

אני מסכים שמידע שעשוי לכלול פרטים אישיים שאני מספק יועבר וישמר באופן בינלאומי ומסכים לאפשר לוועידת התביעות להשתמש ולשתף בפרטים אלו עם גופים נוספים בכדי לספק לי מידע נוסף לגבי תכניות פיצויים או הטבות סוציאליות נוספות הקיימות עבור קורבנות הנאצים.

הפונה מוותר בזאת על זכותו לסודיות במידה ותפיגע כתוצאה מהשימוש במידע שיתקבל לצורך הסיוע.

אני יודע כי הסיוע הנ"ל אינו מוקנה לי עפ"י דין. ועידת התביעות שומרת לעצמה את הזכות להמשיך, להפסיק או לשנות את הסיוע. אני מוותר באופן בלתי חוזר - ככל שהדבר מותר על פי דין - כל טענה שיש לי או טענתי מאוחר יותר נגד ועידת התביעות הקשורה לתוכנית זו או קשורה אליה.

הנני מצהיר שהפרטים הנ"ל נכונים ומלאים, ידוע לי כי מסירת הצהרת כוזבת ו/או לא מלאה תגרום לביטול זכאותי לסיוע מהקרבן לאלתר.

שם מלא _____ חתימה _____ תאריך _____

פרטי התקשרות וחשבון בנק

אם חל שינוי מהפרטים המעודכנים בביטוח לאומי, נא מלא כתובת, מספר טלפון, דואר אלקטרוני או פרטי חשבון בנק

פרטי כתובת					
כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
דואר אלקטרוני: _____ @ _____		טלפון נייד		טלפון קווי	
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:					
שם משפחה איש קשר		שם פרטי איש קשר		מס' זהות איש קשר ס"ב	
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

פרטי חשבון בנק			
כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין בקשה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:			
שמות בעלי החשבון			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
<p>אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.</p> <p>סוג הקרבה שלי למקבל הגמלה: <input type="checkbox"/> בן/בת זוג <input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> בן/בת <input type="checkbox"/> אח/אחות <input type="checkbox"/> אחר: _____</p> <p>אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.</p> <p>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.</p>			
_____ x	_____ x	_____ x	
תאריך	חתימת מקבל הגמלה	חתימת / חתימות השותפים לחשבון	