



לידיעתך: - המוסד רשאי לקבוע אחוזי נכות רפואית ודרגת אי-כושר נמוכים מאלה שנקבעו בעבר.
- דברי הסבר לבקשה לבדיקה ראה על גב העמוד.

חותמת הסניף ותאריך קבלה

**בקשה לבדיקה מחדש
למקבל קצבת נכות**

סניף _____

א. פרטי המבקש

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב	לשימוש המוסד
רחוב	מספר בית	כניסה	דירה
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר פקס	מספר פקס
מצב משפחתי	מתאריך	מספר ילדים עד גיל 22	מספר ילדים עד גיל 22
			לפקיד התביעות: יש להשוות פרטי המבקש לנתוני הקובץ. שינוי שם דווח בטופס 7815, שינוי מען דווח במסך 24

ב. נימוקי הנכה לבקשה לבדיקה מחדש

פרט השינויים שחלו במצבך הרפואי והתעסוקתי מאז הבדיקה הקודמת, וצרף אישורים רפואיים עדכניים ומפורטים:

ג. הסכמה לקביעת רופא ללא נוכחות - חתום אם אינך מעוניין להיבדק ע"י רופא

אני מסכים בזה שהרופא יקבע את אחוזי נכותי הרפואית לפי מסמכים בלבד ומבלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שלמרות הסכמתי זו יהיה עלי להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

חתימת התובע X

ד. פרטי מגיש הבקשה ימולא אם וכאשר הנכה אינו מסוגל להגיש הבקשה בעצמו עקב מצבו הבריאותי

שם מגיש הבקשה _____ מספר זהות _____

מען מגוריו (כולל מיקוד) _____ יחס קרבה לנכה (בן-משפחה) _____

מספר טלפון: _____ נייד _____ פקס _____

אם ברשותך יפוי כוח או צו אפוטרופסות או פסק דין; ציין איזה וצרף העתק: _____

ה. הצהרת התובע / מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים בבקשה ובצרופיה הם נכונים. אם יחול שינוי באחד הפרטים שמסרתי בבקשה זו הינני מתחייב להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. ידוע לי כי בהתאם לחוק אדם אשר גרם במירמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

(יסומן ב-V כאשר עובד המוסד ממלא את טופס הבקשה). כל הפרטים הרשומים בבקשה הוקראו באוזני ואני מאשר בזה כי הם תואמים את הפרטים שמסרתי בע"פ לעובד המוסד.

תאריך _____ חתימת התובע או מגיש התביעה X

אם הבקשה נחתמה בחתימת אצבע, ציין: _____

שם העד _____ מספר זהותו _____ חתימת העד X

מיהו נכה - מבוטח, למעט עקרת בית שכתוצאה מ"ליקוי" אין לו **הכושר להשתכר** ואינו משתכר סכום העולה על - 25% מהשכר הממוצע, או שכושרו להשתכר מעבודה או ממשלח יד וכן השתכרותו בפועל צומצמו עקב הליקוי בין בבת אחת ובין בהדרגה ב - 50% או יותר.

כנכה תחשב גם אישה שאין לה כושר להשתכר כאמור ואשר היא "עקרת בית", אם עבדה לפחות 12 חודשים רצופים או 24 חודשים שאינם רצופים מתוך 48 חודשים בתכופ לפני הגשת התביעה, או לפני יום הפסקת העבודה שארעה לאחר הגשת התביעה, וכן אם היא חיה בנפרד מבן זוגה ולא חיה עמו תקופה של 24 חודשים לפחות בתכופ לפני הגשת התביעה למוסד ולאחריה.

עקרת בית - אישה נשואה שבן זוגה מבוטח בביטוח זקנה ושאינם ואינה עובדת ואינה עובדת עצמאית.

עקרת בית נכה - עקרת בית שכתוצאה מ"ליקוי" אין לה הכושר לתפקד במשק בית, או שכושרה לתפקד במשק בית צומצם עקב הליקוי בין בבת אחת ובין בהדרגה ב - 50% או יותר.

ליקוי - ליקוי גופני, שכלי או נפשי הנובע ממחלה, מתאונה או ממום מלידה.

נכות רפואית - אחוזי נכות רפואית הם תנאי לקביעת דרגת אי כושר. נדרשים לפחות: 40% לנכה, ו - 50% לעקרת - בית נכה. האחוז הכולל נקבע לפי חישוב משוקלל. ליקויים שאין להם השפעה על כושר ההשתכרות והתפקוד אינם מובאים בחשבון.

דרגת אי כושר - משמעה הוא שיעור אבדן כושר השתכרות / תפקוד במשק בית. דרגת אי כושר ל"נכה" נקבעת בהתחשב בכושרו של הנכה לעבוד ולהשתכר בעבודה מתאימה בהתחשב בעיסוקיו בעבר, השכלתו, מגבלותיו עקב ליקויו הרפואיים, וכן בהתחשב בכושרו ללמוד ולהשתלב במקצוע חדש. לגבי עקרת בית נכה נקבעת דרגת אי הכושר בהתחשב בכושרה לתפקד במשק הבית בשים לב לגילה ומגבלותיה.

דרגת אי כושר זמנית - דרגת אי כושר זמנית נקבעת כאשר עשוי לחול שינוי במצבו של הנכה, כגון: בכושרו לתפקד לאור מצבו הרפואי, או באפשרויות לשקמו או להשמתו בעבודה וכו'.

קצבת נכות - לקצבת נכות חודשית זכאי נכה או עקרת-בית נכה שנקבעה להם דרגת אי כושר בשיעור 60% לפחות. שיעור הקצבה נקבע לפי שיעור הדרגה, למעט בדרגה 75% המזכה בקצבה מלאה - 100%. גורמים אחרים המשפיעים על גובה הקצבה - מספר "תלויים" בנכה והכנסות הנכה ובן זוגו.

קצבה חודשית נוספת - לקצבה זכאי מקבל קצבת נכות שנקבעה לו דרגת אי כושר בשיעור 75% לפחות שאינו שווה במוסד ונכותו הרפואית בשיעור 50% לפחות. שיעורי הקצבה מחושבים כאחוז מקצבת יחיד מלאה בהתחשב באחוזי הנכות הרפואית כלהלן:

17% - לבעלי נכות רפואית בשיעור 80% או יותר.

14% - לבעלי נכות רפואית בשיעור שבין 70% ל- 79%.

11.5% - לבעלי נכות רפואית בשיעור שבין 50% ל- 69%.

תחילת זכאות לקצבה - הזכאות לקצבה מתחילה לא לפני שחלפו 90 יום מהתאריך בו יש לתובע דרגת אי כושר ובהתחשב בתאריך הגשת התביעה. בתקופה בה משולמים דמי מחלה בדרך כלל אין זכאות לקצבה, ובתנאים מסויימים אין זכאות גם כשמשולמים תשלומי אי כושר מחברת הביטוח.

בדיקה מחדש של דרגת אי הכושר והנכות הרפואית: מקבל קצבת נכות, שנקבעה לו דרגת אי-כושר הנמוכה מ-75%, רשאי להגיש בקשה לבדיקה מחדש, אם חלפו 6 חודשים מההחלטה הקודמת בדבר הדרגה. אולם אם חל שינוי משמעותי (החמרה או שיפור): רפואי, תעסוקתי (או תפקודי לעקרת בית), אפשר לפנות גם בטרם חלפו 6 חודשים. המוסד רשאי להחליט גם הוא על בדיקה מחדש.

בקשה לבדיקה מחדש של הנכות הרפואית בלבד: נכה שדרגת אי הכושר שנקבעה לו היא 75% או יותר ונכותו הרפואית נמוכה מ-80%, יוכל להבדק מחדש לענין הנכות הרפואית בלבד, אם אינו שווה במוסד, הוכיח למוסד שחלה החמרה במצבו הרפואי וכן אם חלפו 12 חודשים לפחות מאז שנקבעה לאחרונה נכותו הרפואית.

הטבות אחרות - הטבות אחרות (בנוסף לקיצבת נכות) הניתנות על ידי המוסד לנכים העונים על כללי הזכאות הן:

- **קיצבת שירותים מיוחדים**, למי שנוזק לעזרת הזולת בביצוע פעולות יום יום (רחצה, אכילה, וכו');

- **גימלת ניידות**, לנכים ברגליהם.

שיקום מקצועי - מי שנקבעה לו נכות רפואית בשיעור 20% לפחות עשוי להיות זכאי לשיקום מקצועי. לפיכך מי שאין ביכולתו לחזור לעבודתו הקודמת ו/או למצוא עבודה מתאימה בשירות התעסוקה רשאי לפנות ליחידת השיקום בסניף המוסד לביטוח לאומי כדי שתבדק זכאותו לשיקום מקצועי.

בדבר פרטים נוספים ראה חוברת ההסברה, או פנה לסניף הביטוח הלאומי.

הצהרה על עבודה והכנסות של נכה ובן/בת זוג

מספר זהות ס"ב	שם פרטי	שם משפחה
מתאריך		מצב משפחתי (אחרון)

א. הצהרה על עבודה, הכנסות מעבודה ודמי מחלה ב-12 החודשים האחרונים (סמן ב-✓ והשלם הפרטים)

בן/בת זוג	נכה	
<input type="checkbox"/> לא, ואני מצהיר/ה בזה שאיני עובד/ת <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא, ואני מצהיר/ה בזה שאיני עובד/ת <input type="checkbox"/> כן	1. עובד/ת כיום 2. שם המעביד וכתובתו: (מי שאינו עובד ועבד ב-5 השנים האחרונות ירשום את פרטי מעבידו האחרון)
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, תאריך הפסקת העבודה _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, תאריך הפסקת העבודה _____	3. (למי שאינו עובד) האם עבדת בשנה האחרונה: 4. לעובד עצמאי. סוג העיסוק האחרון:
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	5. הכנסה מעבודה ב-12 החודשים האחרונים: (צרף אישורי שכר) *
צרף אישורי שכר ב-12 החודשים האחרונים		
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	6. הכנסה מדמי מחלה (צרף אישורים):

* אם לא ניתן להמציא אישורי שכר:

א. ציין הסיבה ושם המעביד _____

ב. הכנסות מעבודה לחודש: לנכה ש"ח לבן/בת זוג ש"ח

בחודשים _____

בחודשים _____

הצהרה על עבודה והכנסות של נכה ובן/בת זוג

ב. הצהרה על הכנסות אחרות ב-12 החודשים האחרונים (סמן ✓ והשלם הפרטים)

בן/בת זוג	נכה	
צ'רף 3 אישורים אחרונים		פנסיה ותגמולים אחרים:
יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	7. פנסיה בישראל (לא כולל מביטוח לאומי)
יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	8. פנסיה או רנטה מחו"ל
יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	9. תגמול ממושרד הבטחון (לנכים, אלמנות, הורים שכולים)
↓ צ'יין איזה _____	↓ צ'יין איזה _____	
יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	10. תגמול מהאוצר לנכי רדיפות / מלחמה בנאצים
יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	11. תשלומים מחברת ביטוח
יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	12. פיצוי עקב נכות -
		אם יש, צ'יין הגורם המשלם
צ'רף אישורי בנק		הכנסה הונית:
יש <input type="checkbox"/> / אין <input type="checkbox"/> משותף עם הנכה <input type="checkbox"/>	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	13. הכנסה מריבית, דייוידנד, תוכנית חיסכון
צ'רף אישורים		הכנסה מרכוש:
יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	14. מהשכרת בית / דירה / מבנה
יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	15. ממשק / נכס חקלאי מוחקר
יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	16. מעסק שאינו עובד בו
יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	17. מרכב מושכר (מונית, טנדר וכו')
יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	18. מרכוש אחר
יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	הכנסה ממקור אחר:
		19. רשום מקור ההכנסה וצ'רף אישור
		20. תשלומים שטרם שולמו (פנסיה, ביטוח)

ג. הצהרה וחתימה

אני מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומלאים והריני מאשר אותם בחתימת ידי.
ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים מהווה עבירה על החוק.

הערות: _____


תאריך _____

חתימת בן/בת זוג _____

שם בן/בת זוג _____

חתימת נכה _____




המוסד לביטוח לאומי  סניף _____

לכבוד _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ מס' זהות _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבאי כוחו או למי שפועל מטעמו כל מידע בקשר למחלתי ומצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, כל מסמך רפואי אודותי וכל מידע אחר שידרש על-ידם:

חתימה: X _____

המוסד לביטוח לאומי  סניף _____


לכבוד _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ מס' זהות _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבאי כוחו או למי שפועל מטעמו כל מידע בקשר למחלתי ומצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, כל מסמך רפואי אודותי וכל מידע אחר שידרש על-ידם:

חתימה: X _____




המוסד לביטוח לאומי  סניף _____

לכבוד _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ מס' זהות _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבאי כוחו או למי שפועל מטעמו כל מידע בקשר למחלתי ומצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, כל מסמך רפואי אודותי וכל מידע אחר שידרש על-ידם:

חתימה: X _____

המוסד לביטוח לאומי  סניף _____


לכבוד _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ מס' זהות _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבאי כוחו או למי שפועל מטעמו כל מידע בקשר למחלתי ומצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, כל מסמך רפואי אודותי וכל מידע אחר שידרש על-ידם:

חתימה: X _____




המוסד לביטוח לאומי  סניף _____

לכבוד _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ מס' זהות _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבאי כוחו או למי שפועל מטעמו כל מידע בקשר למחלתי ומצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, כל מסמך רפואי אודותי וכל מידע אחר שידרש על-ידם:

חתימה: X _____

המוסד לביטוח לאומי  סניף _____

לכבוד _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ מס' זהות _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבאי כוחו או למי שפועל מטעמו כל מידע בקשר למחלתי ומצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, כל מסמך רפואי אודותי וכל מידע אחר שידרש על-ידם:

חתימה: X _____