



## 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 אתה מתגורר בבית אבות/מוסד/משפחתון, יש 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 04-8812345.
- ✍ 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 אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://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

תביעה לגמלת סיעוד

עמוד 1 מתוך 8

לשימוש פנימי בלבד (סריקה) חותמת קבלה	מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים
תאריך תביעה שנה חודש יום	תאריך קובע שנה חודש יום

1

פרטי התובע

שם פרטי שם משפחה	מספר זהות ס"ב
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה בציבור
תאריך לידה שנה חודש יום	

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
0	0	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS			

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	-------	-------

הקשיש נמצא כעת ב:

בכתובת הנ"ל  
 בבית חולים (ניתן להגיש תביעה רק כאשר יש מועד מתוכנן לשחרור מבית חולים). פרט:  
 שם בית החולים: \_\_\_\_\_ מחלקה: \_\_\_\_\_ תאריך שחרור\*: \_\_\_\_\_  
 בכתובת אחרת. פרט:  
 אצל: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_

שפות דיבור

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

ייעוץ לקשיש

הייעוץ לקשיש מציע שירותי ביקורי בית שניתן ע"י מתנדבים.  אני מעוניין בביקורי מתנדב

פרטים על בן/בת זוג

שם פרטי	שם משפחה
מספר זהות ס"ב	

האם בן/בת הזוג הגישה תביעה לגמלת סיעוד או מקבלת גמלת סיעוד?  כן  לא

**2 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 הקשיש.

שם משפחה	שם פרטי	הקשר לקשיש
טלפון קווי	טלפון נייד	
0	0	

**3 כתובת המטפל העיקרי (ימולא רק כאשר יש לשלוח מכתבים המופנים לתובע לכתובת המטפל העיקרי)**

3

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
טלפון קווי	טלפון נייד				
0	0				

**4 האנשים הגרים עם התובע**

4

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

**5 פרטי הכנסות בשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה שקדמו לתאריך הגשת התביעה**

5

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

מקור	הכנסות תובע		הכנסות בן/בת זוג		לשימוש המוסד לביטוח לאומי	
	יש	אין	יש	אין	הכנסות בן/בת הזוג לחודש (יש לרשום את החודש ואת ההכנסה המתאימה)	הכנסות התובע לחודש (יש לרשום את החודש ואת ההכנסה המתאימה)
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: פרט:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**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 בעבור (ציין שם יחס קירבה לתובע)	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 בכוחות עצמו     נייד בהשגחה ו/או מתהלך לבד עם מכשיר  
 נדרשת עזרה מלאה     רתוק לכיסא גלגלים או למיטה

**תפקוד בפעולות היום יום** (סמן בכל אחד מהתפקודים את האפשרות המתאימה: עצמאי או זקוק לעזרה)

תפקוד	עצמאי	זקוק לעזרה	אם זקוק 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 בעבור טיפול אישי ו/או עזרת בית מהגורמים הבאים (סמן את המתאים)**

לא מקבל  
 מקבל עזרה בבית או עזרת הזולת ממשרד הביטחון

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

הריני לאשר כי מר/גב' \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
 נמצא במוסדנו: \_\_\_\_\_ תאריך כניסה: \_\_\_\_\_  
 כתובת המוסד: \_\_\_\_\_ מס' טלפון: \_\_\_\_\_

המוסד/המחלקה בה נמצא הקשיש פועל ברישיון:  משרד העבודה והרווחה  משרד הבריאות  ללא רישיון  
 נמצא במחלקה:  סיעודית  לתשומים  לתשומי נפש  אחרת, פרט: \_\_\_\_\_  
 ההתקשרות בין המוסד לקשיש 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:  חבר קיבוץ  חבר קיבוץ אחר  אורח בתשלום  אורח 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 תביעה לפיצוי נזיקין?

לא  כן, בתאריך: \_\_\_\_\_  
 מיהו הנתבע: \_\_\_\_\_ 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**

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. שם \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.

סוג הקרבה שלי לתובע הגמלה:  בן/בת זוג  הורה  בן/בת  אח/אחות  אחר: \_\_\_\_\_  
 אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/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, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.  
 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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
 תאריך חתימת מקבל התשלום חתימת/חתימות השותפים לחשבון

**12** ויתור סודיות

ויתור סודיות ייחתם על ידי התובע או אפטרופוסו (אם מונה לו כזה).  
הויתור מהווה תנאי הכרחי לטיפול בתביעה.

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מס' ת.ז. \_\_\_\_\_  
מבקש 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 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 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 אפטרופוסו.

**13** הצהרת התובע ו/או מגיש התביעה

אני החתום מטה תובע גמלת סיעוד ומצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, הן 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 זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.  
כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים..  
כמו כן, אני מצהיר בזה כי פרט להכנסות שצוינו לעיל אין לתובע ו/או לבן/בת זוג/ה הכנסות נוספות.

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_  
חתימת התובע / מקבל הגמלה / מגיש התביעה ✕ \_\_\_\_\_

**למלא אם מגיש התביעה אינו התובע:**

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



**נספח א'**

עמוד 6 מתוך 8

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)**

- מתמצא בזמן ובמקום
- הפרעה קלה בהתמצאות – או הפרעה חולפת
- הפרעה ניכרת בהתמצאות
- דמוניה – עם הפרעה בדיבור ובתפקוד היומי
- 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 הקשיש סובל 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 הקשיש**

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

**מטפל עיקרי בזקן**

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

**פרטי מוסר המידע**

הארגון	תפקיד	שם משפחה	שם פרטי	טלפון קווי/נייד
				0

חתימת וחותמת X

תאריך



