

## המוסד לביטוח לאומי ביטוח סיעוד תביעה לגמלת סיעוד

**חשוב לקרוא את ההנחיות להלן על מנת לבחון ולהחליט אם יש מקום להגיש תביעה לגימלת סיעוד. מנסינונו הדבר עשוי למנוע מכס טירדה מיותרת.**

גמלת סיעוד ניתנת אך ורק למי שתלוי במידה רבה בעזרת הזולת לביצוע פעולות יום יום כמו: לבישה, אכילה, רחצה, ניידות בתוך הבית, שליטה בהפרשות, או הזקוק להשגחה. תנאי נוסף הוא שמלאו למבוטח 65 שנים בגבר ו-60 באישה.

מי שזכאי לגימלה מקבל שירותי סיעוד. הגימלה אינה ניתנת בכסף. במקרה של מגבלה בעלת אופי זמני הזכאות ניתנת לתקופה זמנית.

### קביעת זכאות

לשם קביעת הזכאות נבדקים אישורים שונים (ראה הנחיות לתובע) ונערכת בדיקה של התפקוד על ידי אחות מוסמכת שתבקר לשם כך בביתכם, תוך כשבועיים, מיום הגשת התביעה. האחות תראיין את הזקן ובני ביתו במקום מגוריו, ותבקש לבצע הדגמה של פעולות היום יום. הזכאות נקבעת על סמך כל הנתונים שהצטברו (כולל הערכת האחות). פרק הזמן המקסימלי עד סיום תהליך הטיפול בתביעה כ-60 יום.

### הנחיות לתובע:

- הנך נדרש לצרף לטופס התביעה את האישורים הבאים:

1. אישור מרופא:  
הרופא המטפל ימלא את התעודה הרפואית בסוף הטופס.
2. אישורי הכנסות:  
יש לצרף אישורים על הכנסה ל- שלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה חודשים שקדמו לחודש הגשת התביעה (אין צורך לצרף אישורים על קיצבאות ביטוח לאומי).
3. אישור מבית אבות / מוסד:  
אם את/ה גר/ה בבית אבות או מוסד, על המוסד / בית האבות למלא אישור בעמוד 4.

- על מנת למנוע עיכוב בטיפול בתביעה: עליך להקפיד לחתום בסעיף 13, 14, 15). אם הוגשה תביעה במהלך ששת החודשים שקדמו לתביעה זו, יש למלא סעיפים 1, 2, 3, 7, 11, 12, 13, 14, 15) סעיפים אחרים יש למלא רק כאשר חל שינוי בנתונים.

### לפני מילוי התביעה

אנא הפרד את דפי טופס המידע הרפואי המיועד למילוי על ידי הרופא (עמוד 7 על העתקיו). לאחר מילוי הטופס על ידי הרופא אנא הצמד אותו מחדש לטופס התביעה.

יש להעביר את הטופס (אפשרי גם בדואר) ליחידת הסיעוד בסניף המוסד לביטוח לאומי שבמקום מגוריך.

## המוסד לביטוח לאומי ביטוח סיעוד

### אישור קבלת התביעה לגמלת סיעוד

ת.ז. \_\_\_\_\_

סניף \_\_\_\_\_

לכבוד \_\_\_\_\_

הריני לאשר קבלת תביעתך לגמלת סיעוד.  
לצורך ההחלטה בתביעה תבקר אצלך בקרוב אחות בריאות הציבור.  
הודעה על ההחלטה שתתקבל בתביעה תשלח אליך.

בכבוד רב,

פקיד תביעות \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

**חותמת הסניף ותאריך**

לשימוש פנימי (סריקה)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מס' זהות

--	--	--	--	--	--

סוג

דפים המסמך

תאריך תביעה

\_\_\_\_\_

תאריך קובע

\_\_\_\_\_

**המוסד לביטוח לאומי**

ביטוח סיעוד

תביעה לגמלת סיעוד

על פי פרק י' לחוק הביטוח הלאומי

**1. פרטים אישיים על התובע**

מספר זהות ס"ב	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
שם האב	מיון ז נ	תאריך עלייה	מצב משפחתי
			<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה/ה <input type="checkbox"/> עגונה/ה
<b>שפות דיבור</b> <input type="checkbox"/> קופת חולים: <input type="checkbox"/> שירותי בריאות כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית הכתובת בה גר/ה הזקן/ה: _____			
רחוב	מספר בית	כניסה	דירה
מספר טלפון נייד	מספר טלפון		
05 _____	0 _____		
נמצא כעת ב: <input type="checkbox"/> בכתובת הנייל <input type="checkbox"/> בבית חולים, (ניתן להגיש תביעה רק כאשר יש מועד מתוכנן לשחרור מבית חולים). פרט _____ מחלקה _____ תאריך שחרור _____ (*) <input type="checkbox"/> בכתובת אחרת אצל, פרט _____			

פרטים על בן/בת זוג: שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

תעודת זהות \_\_\_\_\_ שנת לידה \_\_\_\_\_

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

האם התובע גר/ה במוסד / בית אבות  לא  כן (נא למלא סעיף 9 בעמוד 4) ?

**2. מטפל עיקרי לתאום (כאשר נדרש תאום עם המשפחה)**

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ הקשר לזקן \_\_\_\_\_

טלפון \_\_\_\_\_ מספר טלפון נייד \_\_\_\_\_

טלפון בעבודה \_\_\_\_\_

**3. כתובת למשלוח מכתבים (ימולא רק כאשר יש צורך לתאם פעולות עם גורם נוסף מלבד התובע)**

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ הקשר לזקן \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_

ישוב \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_ מספר טלפון נייד \_\_\_\_\_

4. האנשים הגרים עם התובע

ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	יחס קירבה	שנת לידה	עיסוק
1					
2					
3					
4					

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

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

לשימוש המוסד לביטוח לאומי

מקור	הכנסות תובע		הכנסות בן/בת זוג		הכנסות התובע לחודש (רשום את החודש ואת ההכנסה המתאימה)			הכנסות בן/בת זוג לחודש (רשום את החודש ואת ההכנסה המתאימה)		
	יש הכנסות	אין הכנסות	יש הכנסות	אין הכנסות						
קצבת זקנה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
קצבאות ביטוח לאומי	<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 פרט _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

6. הוצאות קבועות: החזקה במוסד, לתשלום דמי מזונות, שכר דירה במקרה של שכירת דירה חלופית

- (יש לצרף אישורים לשלושה חודשים מתוך ארבעת החודשים שקדמו לחודש הגשת התביעה).

לשימוש המוסד לביטוח

סוג ההוצאה (הקף בעיגול את הסוג המתאים)	סכום הוצאה לחודש				התשלום עבור (ציין שם ויחס קירבה לתובע)	סוג ההוצאה (הקף בעיגול את הסוג המתאים)
החזקה במוסד/ דמי מזונות/ שכר דירה						

לשימוש המוסד לביטוח לאומי

מבחן הכנסות בתקופה הקובעת - רשום חודש אמצעי \_\_\_\_\_

סה"כ הכנסות	סה"כ הוצאות	סה"כ הכנסות בניכוי הוצאות	סה"כ הכנסות ל-3 חודשים	נפשות למבחן
				התובע
				בן/בת זוג

7. תפקוד בפעולות היום יום

1. ניידות

נייד בכוחות עצמו     נייד בהשגחה ו/או מתהלך לבד עם מכשיר     עזרה חלקית-תמיכה  
 נדרשת עזרה מלאה     רתוק לכיסא גלגלים או למיטה.

2. 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 עבור טיפול אישי ו/או עזרת בית מהגורמים הבאים (סמן את המתאים)

לא מקבל  
 מקבל מהמוסד לביטוח לאומי:     שירותים מיוחדים     עזרה בבית או עזרת הזולת בפעולות איבה  
 גמלת נכות מעבודה (סעיף 112)  
 מקבל עזרה בבית או עזרת הזולת ממשרד הביטחון.

9. מגורים במוסד / בית אבות (אישור זה ימולא ע"י המוסד / בית אבות)

הריני לאשר כי מר/גב' \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ נמצא במוסדנו  
 שם המוסד \_\_\_\_\_ תאריך כניסה \_\_\_\_\_  
 כתובת המוסד / בית אבות \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_  
 המוסד / המחלקה בה נמצא הזקן פועל ברשיון:     משרד העבודה והרווחה     משרד הבריאות     ללא רשיון  
 נמצא במחלקה:     סיעודית     לתשושים     לתשושי נפש     אחרת, פרט: \_\_\_\_\_  
 ההתקשרות בין המוסד לזקן כוללת:     ארוחות     נקיון     כביסה  
 השתתפות בדמי החזקה על ידי גוף ציבורי מהמשרדים:     בריאות     עבודה ורווחה     ביטחון     סוכנות  
 אין השתתפות

אישור המוסד / בית אבות  
 שם מנהל המוסד \_\_\_\_\_ חתימת מנהל המוסד \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

מוסד בקיבוץ - ימלא בנוסף את הפרטים הבאים:  
 המוסד מיועד:     לחברי הקיבוץ ובני משפחותיהם בלבד     קולט זקנים מבחוץ  
 מעמד התובע:     חבר קיבוץ     חבר קיבוץ אחר     אורח בתשלום     אורח לא בתשלום

מתאריך \_\_\_\_\_

10. פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי:

1. האם התלות בזולת נגרמה כתוצאה מתאונה (תאונת דרכים או תאונה אחרת)?  לא  כן

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 \_\_\_\_\_ מס' התיק \_\_\_\_\_

4. עורך הדין המייצג אותך בתביעה \_\_\_\_\_  
שם \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_  
טלפון \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_

5. האם קבלת פיצוי נזיקין בגין התאונה?  טרם קיבלתי פיצוי   
 קבלתי פיצוי בסך \_\_\_\_\_ מאת \_\_\_\_\_ בתאריך \_\_\_\_\_

11. פרטי חשבון הבנק אם יגיעו תשלומים, אבקש לזכות את מספר החשבון המפורט להלן:

שם הבנק \_\_\_\_\_ הסניף \_\_\_\_\_ מספר חשבון \_\_\_\_\_  
החשבון מתנהל ע"ש \_\_\_\_\_  
קירבה לתובע \_\_\_\_\_  
הצהרת בעל החשבון: \_\_\_\_\_  
אם יופקדו לחשבוני על ידי המוסד לביטוח לאומי סכומי כסף, שבחלקם או כולם שולמו בטעות או שלא כדין אני מסכים/ה שהבנק יחזיר למוסד לפי דרישתו סכומים אלה \_\_\_\_\_  
שם ומשפחה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

12. התביעה הוגשה ביוזמת (למלא כאשר היוזם אינו הזקן ומשפחתו):

שם משפחה \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_ קשר לזקן \_\_\_\_\_

13. ויתור סודיות

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

אני \_\_\_\_\_ הח"מ מספר זהות \_\_\_\_\_

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 מספר זהות \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

אם החותם אינו הזקן יש לצרף צילום צו אפוטרופוס.

14. הצהרת התובע

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזה כי כל הפרטים בתביעה ובצירופיה הם נכונים. ידוע לי כי בהתאם לחוק מי שגרם במרמה או ביודעין לקבלת גמלה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים או מסירת פרטים לא נכונים, דינו קנס או מאסר שנה. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי שיחול בפרטים שמסרתי בתביעה זו.

כמו כן, אני מצהיר בזה כי פרט להכנסות שציינתי לעיל אין לי ו/או לבן/בת זוגי הכנסות נוספות.

שם ומשפחה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

15. הצהרת מגיש התביעה שאינו התובע

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזה כי כל הפרטים בתביעה ובצירופיה הם נכונים. ידוע לי כי בהתאם לחוק מי שגרם במרמה או ביודעין לקבלת גמלה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים או מסירת פרטים לא נכונים, דינו קנס או מאסר שנה. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי שיחול בפרטים שמסרתי בתביעה.

כמו כן, אני מצהיר בזה כי הפרטים לגבי ההכנסות שצויינו לעיל, נמסרו לאחר שבדקתי ווידאתי כי לתובע ו/או לבן/בת הזוג אין הכנסות נוספות.

שם משפחה \_\_\_\_\_ פרטי \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_

הקשר לתובע \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

אישור פקיד התביעות, שם \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

שם החולה \_\_\_\_\_  
 ת.ז. \_\_\_\_\_

הקף  
 בעיגול

א.	מערכות	מתאריך	אבחנות עיקריות	קוד	ב. טיפול רפואי נוכחי (כולל תרופתי)
.1	Heart/ Circulation		1. Ischemic Heart Disease	↓	ג. אשפוזים / אירועים בשישה חודשים אחרונים (פרט שני אירועים - המשמעותיים ביותר) <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש (פרוט להלן) 1. תאור האירוע / הסיבה לאשפוז _____ _____ _____ תאריך האירוע / אשפוז _____ מקום אשפוז _____
			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		
		.2	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				
.3	Endocrine		20. Diabetes Mellitus		ד. מצב קוגניטיבי (ציין אפשרות אחת) 1. מתמצא בזמן ובמקום 2. הפרעה קלה בהתמצאות - או הפרעה חולפת 3. הפרעה ניכרת בהתמצאות 4. דמנציה-עם הפרעה בדיבור ובתפקוד היומי 5. אין מידע
			21. Hypothyroidism		
.4	Musculoskel		22. Hyperthyroidism		
			23. Osteoarthritis		
.5	Respiratory		24. Rheumatoid arthritis		
			25. S/p Hip Surgery		
			26. Chronic Lung Disease		
.6	Renal		27. Asthma		
			28. Renal Failure (acute or chronic)		
			29. Hemodialysis		
			30. Peritoneal dialysis		
.7	Oncological		31. Provide details		ה. תחילת ההגבלה המשמעותית בתפקוד יום יומי <input type="checkbox"/> בשני החודשים האחרונים <input type="checkbox"/> בתקופה שקדמה לחודשיים האחרונים <input type="checkbox"/> אין מידע
			32. Anemia		
.8	Other		33. Malnutrition		ו. המגבלה התפקודית עשויה לחלוף תוך חודשיים <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> אין מידע
			34. Hypertension		
			35. Infectious Disease		
.9			36. Other (provide details)		ז. האם הזקן סובל ממחלה מדבקת פעילה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ _____

שם הרופא \_\_\_\_\_ המרפאה / בית חולים \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_  
 תאריך \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_