

מס' תיק

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

מדינת ישראל
 משרד הביטחון/ אגף השיקום
 היחידה לתביעות וקביעת זכאות

סמל ישוב

--	--	--	--

לשכה

--	--

בקשה להכרת זכות (מחלה)
 לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום) תשי"ט 1959 (נוסח משולב)

לתשומת ליבו של ממלא הטופס:
 1. בפרטים המסומנים ב * סמן ב x במשבצת המתאימה וכן הקפד למלא את התלוש למחלקת חשבונות.
 2. דייק נא בתשובתך ותן תשובות מלאות. בעת הטיפול בתביעתך על ידי קצין התגמולים או על ידי ועדת ערר לא תורשה לסטות מתאור העובדות כפי שתארת אותן בטופס זה ללא קבלת רשות מיוחדת.
 3. אתה רשאי להיות מיוצג לצורך תביעתך על ידי עורך דין או גם על ידי אדם אחר אם אין אותו אדם עושה את היצוג דרך עיסוק או תמורה.
 אני הח"מ _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי לאמר את האמת כולה ואת האמת בלבד וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן מצהיר בזה כלהלן.

א. פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	שם משפחה קודם	מס' זהות	מין
					<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה

מס' אישי בצה"ל	מס' שוטר סוהר	ת. לידה	ארץ לידה	ת. עליה לארץ

כתובת מגורים	רחוב	מס' דירה	מס' בית	ישוב	מיקוד	טלפון

מצב משפחתי	מס' ילדים	שם הבעל/ האשה	ילדים עד גיל 21	שם	ת. לידה	שם	ת. לידה	שם	ת. לידה
<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן			1. _____ 2. _____		3. _____ 4. _____		5. _____ 6. _____		

חברות בקופ"ח	היום	בעבר	מתאריך	עד תאריך	שם הקופה וכתובתה	שמות הרופאים המטפלים ומקצועם

מקום עבודה אחרון / נוכחי	שם	כתובת	משלח יד/ תפקיד	מס' טלפון

ב. פרטים אודות השירות

סוג השירות	ת גיוס	פרופיל	ת שחרור	פרופיל	פרטי היחידה או ד.צ.	תפקיד	דרגה	חיל
חובה								
קבע								
מילואים								
שוטר								
סוהר								
אחר								

* פטור משירות לא כן מתאריך _____ מסיבה _____
 אם אינך פטור מהשירות ציין ד.צ. נוכחי

* האם נחבלת בעבר: האם הגשת בעבר תביעה למשהב"ט לא כן מס' תביעה _____
 לא כן בתאריך _____ בנסיבות _____ מקום הפגיעה בגוף _____

האם הגשת בקשה לקצבה / גמלה לפי חוק. _____
 לא
 כן בטיפול סניף ביטוח לאומי
 אושר לי מאת _____ סניף _____ מתאריך _____

ג. המחלה

פרטי השירות במהלכו חלית	סוג השירות	פרטי השירות	תפקיד ביחידה	תאריכי השירות	דרגה	חיל
פרטי מפקדך הישיר בתקופת הופעת המחלה או החמרתה _____						

תיאור המחלה

(פרט בצורה מלאה ומדויקת את העובדות והשתלשלות העניינים הקשורים למחלה, שם המחלה כולל מועד תחילת סימניה (סימפטומים). תיאור הסימפטומים. וכן פרטים לגבי התופעות מהן הנך סובל). (אם המקום אינו מספיק, נא צרף דף נוסף).

תאר כיצד גרמו תנאי השירות למצבך

עדים היכולים להעיד על נסיבות המחלה * לא כן ופרטיהם.

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז. או מס' אישי	כתובת אזרחית	ד.צ.	תפקיד	מס' טלפון

הערות: _____

מוסדות רפואיים בהם טופלתי בגין המחלה. לרבות מרפאות מקצועיות. במקרה של החמרת המחלה, ציין שמות כל המוסדות הרפואיים בהם טופלת בגין המחלה (לפני השירות בו חלה ההחמרה)

שם המוסד הרפואי	חדר מיון	אשפוז	מרפאה	תאריכי טיפול מ – עד	שם הרופא המטפל

* האם התנהלה חקירה לא כן. ע"י _____ מקום החקירה _____ מס' התיק _____

ד. הצהרה

הנני מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם לפי דעתי נכונים ומלאים וכי המצאתי את כל המסמכים הקשורים בתביעה זו וידוע לי שאהיה צפוי לעונש בהתאם לחוק בעד מסירת ידיעה כוזבת.

אני החתום מוותר בזאת על טענת סודיות רפואית לגבי הפרטים והמסמכים הרפואיים הקשורים למחלה שבגינה הגשתי תביעה זו.

תאריך _____ השם המלא של החתום _____ חתימה _____

נספח לפרטים אישיים למקרה של מתן תגמולים:

מס' תיק

לשימוש המשרד

שם משפחה	שם פרטי

1. מצב משפחתי

_____	<input type="checkbox"/> רווק מ -
_____	<input type="checkbox"/> נשוי מ -
_____	<input type="checkbox"/> גרוש מ -
_____	<input type="checkbox"/> אלמן מ -

2.

שם הבעל / אשה	תאריך לידה	תעודת זהות

3. מספר ילדים: _____ יש לציין את כל הילידים: תאריך לידה, מספר תעודת זהות

שם	תאריך לידה	תעודת זהות

פרטי בנק

מס' תיק

לשימוש המשרד

שם משפחה	שם פרטי

אבקשכם להעביר את התגמולים / מענקים המגיעים לי

לבנק _____ סניף _____

מספר סניף	כתובת הבנק

לזכות חשבון עו"ש אישי מספר: _____

תאריך: _____ מספר זהות: _____ חתימה: _____

טופס לא חתום או שלא מולאו בו כל הפרטים הנדרשים יוחזר!

*** נא צרף טופס זה לטופס התביעה**

דפי הסבר לטופס

מחלה

הטוען כי נחבל או חלה בזמן ועקב שירותו הצבאי, בשירות חובה, קבע, מילואים, משטרה, שירות בתי הסוהר או שירות ביטחוני אחר – רשאי להגיש בקשה להכרת זכותו זו לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום) תשי"ט 1959 (נוסח משולב).

טופס זה מיועד למילוי במקרה של מחלה. במידה שמדובר בחבלה יש למלא טופס בקשה המתייחס לחבלה (ירוק).

הקדמה:

לפני המילוי עליך לקרוא בעיון את דף ההסבר במלואו. את הטופס יש למלא ב-3 העתקים, בעט ובכתב יד ברור, אם המקום המיועד בטופס צר מלהכיל את כל הפרטים יש לצרף דף נוסף ב-3 העתקים.

חלק א' – פרטים אישיים

מלא פרטים מלאים כפי שרשומים בתעודת הזהות. ציין מספר אישי צבאי כפי שמופיע בתעודה צבאית שוטרים, סוהרים, שב"כ ומשרד ראש הממשלה ירשמו בנוסף מ.א צבאי לצד מספרם האישי. רשום באיזו קופת חולים הינך חבר, וכן ציין תאריך הצטרפות לקופה. רשום קופת חולים קודמת בה היית חבר, אם קיימת קופת חולים נוספת ציין פרט זה. חייל בשירות חובה או קבע ימלא פרטי קופת חולים קודמת בה היה חבר.

חלק ב' – פרטים אודות השירות

ציין פרטים על שירות החובה כיום או בעבר (כולל אנשי קבע, שוטרים וסוהרים) במידה ולא שירתת שירות חובה ציין זאת בסעיף זה.

חלק ג' – המחלה

מלא את פרטי השירות שבמהלכו חלית. חשוב: מלא את פרטי מפקדך הישיר באותה תקופה.

פרטי המחלה:

אם המחלה בגינה הינך מגיש טופס זה חדשה ציין "נגרמה", אם היית חולה עוד לפני השירות וחלה החמרה במצבך ציין "הוחמרה".

מוסדות רפואיים בהם טופלת:

הקפד לציין את שם המוסד הרפואי הראשון בו טופלת מיד לאחר סימני המחלה הראשונים. במידה וקיבלת טיפול רפואי ראשוני בשטח, ציין פרטים מלאים על המשך הטיפול הרפואי במוסדות השונים בציון תאריכים.

תאר בפירוט כיצד לדעתך תנאי הישירות גרמו או החמירו את המחלה.

חלק ד' – הצהרה

לאחר שמלאת את כל הפרטים, קרא בתשומת לב את ההצהרה וחתום את שמך במקום המתאים.

טופס לא חתום או שלא מולאו בו כל הפרטים הנדרשים יוחזר!

אבקשך למלא הטופס בדיוקנות ולצרף החומר לפי הפירוט הרצ"ב

1. אישור מהיחידה לתנאי השירות אשר גרמו או החמירו את המחלה.
2. תצהיר בשבועה מפורט מעו"ד או בית משפט אשר יעיד על הנסיבות / האירועים / תנאי השירות שהיה בכוחם לגרום להופעת המחלה או להחמרתה.
3. מסמכים רפואיים המעידים על מצבך הרפואי טרם השירות – אישור מרופא המטפל בקופת חולים כולל רופאים מקצועיים.
4. סיכומי מחלה / חדרי מיון מבתי חולים / ביקור במרפאה מקצועית / צבאית.
5. דו"ח רפואי מפורט המעיד על מצבך כיום מהרופא המטפל.

המצאת החומר על ידך עשויה לזרז ולקדם את עניינך, ולקצר זמן ההמתנה לקבלת חומר עקב פניה שלנו.