



## הגשת תביעה לגמלת סיעוד

הטופס מיועד למילוי על ידי התובע, בן משפחה או מכר ולא על ידי חברה נותנת שירותי סיעוד.

גמלת סיעוד משולמת למי שזקוק לעזרה רבה בפעולות היום יום: לבישה, אכילה, שמירה על היגיינה ושליטת על הפרשות, רחצה, ניידות עצמית בבית ומידת הצורך בהשגחה ופיקוח צמוד של הזולת בשל מצב רפואי ותפקודי המעמיד אותך בסכנת חיים מיידית או בסכנה לפגיעה באחרים. גמלת הסיעוד נקבעת על ידי "הערכת תלות", "מבחן הכנסות" ותנאים נוספים. למידע נוסף ניתן לפנות לאתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il) – גמלת סיעוד. ניתן להיעזר במחשבון באתר כדי לבדוק את תנאי הזכאות לגמלה.

## כיצד יש להגיש את התביעה

כדי ליעל את הטיפול בתביעתך, יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף את המסמכים הבאים:

- מסמכים רפואיים שברשותך, המפרטים את המחלות, הטיפולים והתרופות שאתה נוטל.
- מכתב סיכום רפואי עדכני חתום ע"י רופא מטפל, רופא מומחה, סיכומי אשפוז תוצאות בדיקות אבחון והדמיה, טיפולים מיוחדים וטיפול תרופתי, תעודת עיוור.
- ניתן לצרף במכתב מידע שנמסר מגורמים מטפלים נוספים כגון: אח המרפאה, פיזיותרפיסט, עובד סוציאלי, רופאים מומחים ועוד.
- אישורי הכנסות שלך ושל בן/בת זוג מכל המקורות (למעט קצבאות ביטוח לאומי).
- כמו כן, יתכן ותידרש להמציא אישורים נוספים בהתאם לתביעתך ועל כך תקבל הודעה.

את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:

- למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il), ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
- 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](http://www.btl.gov.il).

## לידיעתך

- אם אתה זכאי לקצבת שירותים מיוחדים או קצבאות אחרות דומות, יהיה עליך לבחור ביניהן לבין קצבת סיעוד.
- ניתן לעקוב אחר הטיפול בתביעתך באזור האישי באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי. היה ותימצא זכאי לגמלת סיעוד, עו"ס מטעם המוסד לביטוח לאומי ייצור עמך קשר לתאם תכנית טיפול.
- אם אתה מעל גיל 90, יש באפשרותך למלא עמודים 7-8 על ידי רופא מומחה בגריאטריה. מילוי טופס זה מחליף את הערכת התפקוד של מעריך מטעם הביטוח הלאומי.

## חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך מתייחס לנשים ולגברים כאחד

מס' זהות / דרכון		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
סוג המסמך	דפים	
1		

**חותמת קבלה**



**תביעה לגמלת סיעוד**

**1**

**פרטי התובע**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור <input type="checkbox"/>		
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<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.		
<b>פרטי מגיש התביעה (ימולא אם התובע אינו מסוגל להגיש את התביעה בעצמו, עקב מצבו הבריאותי)</b>		
שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות איש קשר ס"ב
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<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.		
*אם בידוך אחד מהמסמכים הבאים, נא סמן וצרף העתק מהמסמך <input type="checkbox"/> יפוי כוח <input type="checkbox"/> צו אפטרופסות <input type="checkbox"/> פסק דין <input type="checkbox"/> אחר <input type="text"/>		
<b>שפות דיבור</b>		
1. _____ 2. _____		
<input type="checkbox"/> אני מעדיף שההערכה תבוצע בשפת האם ולא בעברית		

**2**

**סיבה להגשת התביעה**

פרט את הסיבה להגשת התביעה, תאר את מצבך הרפואי התפקודי (ניידות, הלבשה, רחצה, אכילה וטיפול בהפרשות) והקוגניטיבי (צורך בהשגחה למניעת סכנה בשל בעיות קוגניטיביות). פרט מהי העזרה שאתה זקוק לה בבית.

---



---



---



---



---

כתובת מגורים

כתובת המגורים הרשומה במשרד הפנים

כתובת אחרת : שם \_\_\_\_\_ קרבה \_\_\_\_\_

מיקוד	כניסה	דירה	מספר בית	רחוב/תא דואר	ישוב

טלפון קווי \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_ דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

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.

האם מתגוררים אנשים נוספים איתך?  לא  כן אם כן נא למלא:

שם משפחה	שם פרטי	קשר לתובע	מס' זהות איש קשר ס"ב

אני מתגורר במסגרת מוסדית

אני מתגורר במוסד בקיבוץ

שם המוסד	כתובת המוסד	תאריך כניסה

ככל שנצטרך אישור מהמוסד, נפנה אליך על מנת למלא טופס ייעודי

הערכת תלות

הערכת תלות תבוצע ע"י מעריך מוסמך מטעם הביטוח הלאומי. ההערכה תתייחס למידע הרפואי שצרפת לתביעה. במידת הצורך המעריך יתקשר אליך ולאיש הקשר המכיר את מצבך הרפואי ויתאם מועד להשלמת המידע בטלפון או בביקור הערכה בביתך.

- אני מעדיף שמעריך ישלים מידע על מצבי בשיחת טלפון
- מעדיף שמעריך ישלים מידע על מצבי בביתי
- מבקש שאת הערכת תלות יבצע:  מעריך  מעריכה  אין לזה חשיבות

הגשת תביעה לפני אשפוז או במהלך אשפוז

לפני אשפוז, תאריך האשפוז המתוכנן \_\_\_\_\_ מחלקה: \_\_\_\_\_ תאריך שחרור מתוכנן: \_\_\_\_\_

במהלך אשפוז, שם בית החולים: \_\_\_\_\_

6

**פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי**

האם מצבך נגרם כתוצאה מתאונת דרכים?  כן  לא

האם מצבך נגרם כתוצאה מאירוע תאונתי אחר (רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר וכד')?  לא  כן, נא פרט: **חובה לענות על שאלות אלו**

תאריך התאונה: \_\_\_\_\_ מקום התאונה: \_\_\_\_\_

נסיבות אירוע התאונה: \_\_\_\_\_

עורך הדין המייצג אותך בתביעה: \_\_\_\_\_

שם: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

7

**הצהרה על הכנסות**

- אני מצהיר שמקורות ההכנסה שלי הם מ:  שכיר  עצמאי  פנסיה  אין הכנסות
- אני מצהיר שמקורות ההכנסה של בן/בת זוגי הם מ:  שכיר  עצמאי  פנסיה  אין הכנסות
- אני מצהיר שלי ולבן/בת זוגי יש הכנסות שלא מעבודה:
  - הכנסות משכר דירה  קצבה סוציאלית מחו"ל  משרד הביטחון  פנסיה מחו"ל
  - תגמולים אחרים  אין הכנסות  הכנסה אחרת פרט \_\_\_\_\_

**נא לצרף מסמכים על מקורות ההכנסה שציינת.**

לצורך בדיקת זכאותך לקצבה, ייתכן שנפנה באופן יזום למעסיקיך, לרבות כאלו שהיו לך או שיהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב)

אם אינך מסכים, ציין זאת:  אני התובע מסרב  אני בן זוג התובע מסרב (נשוי/ידוע בציבור)

לכך שתפנו לקבל את נתוני ההכנסות באופן דיגיטלי.

ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

8

**הוצאות קבועות שלי ושל בן/בת זוג**

החזקה במוסד  דמי מזונות  תשלום שכר דירה (אם יש יותר מנכס אחד)

\* הניכוי יבוצע רק לאחר המצאת אישור

**הערה:** לתשומת לבך בעלי הכנסה מהשכרת דירה המתגוררים בדיוור מוגן – יש להמציא אישור מהדיוור המוגן על מרכיב הוצאות הדיוור בלבד בתשלום החודשי.

9

**קבלת תשלום או שירותים בעבור טיפול אישי או עזרה בבית ממשד הביטחון**

לא מקבל  מקבל:  תשלום כספי  שירותים

**פרטי חשבון בנק כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו:**

שמות בעלי החשבון			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
<p>לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: <input type="checkbox"/> לחשבון הקיבוץ / המושב <input type="checkbox"/> לחשבוני הפרטי</p> <p><u>ברשותי חשבונות בנק נוספים</u> <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בנק _____ סניף _____ מס _____</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 הפרטים של מושכי התשלומים.</p> <p>אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך <b>אימות בעלותי בחשבון הבנק</b> כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. <b>לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.</b></p> <p>תאריך _____ חתימת מקבל התשלום _____ x _____</p>			

**הצהרת התובע או מגיש התביעה**

אני החתום מטה תובע גמלת סיעוד ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, היא עברה 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 או לבן/בת זוג/ה הכנסות נוספות.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

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

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>מס' זהות / דרכון</span> </div>		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>סוג המסמך</span> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>דפים</span> </div>	

חותמת קבלה

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: סיעוד

1

פרטים אישיים של המבוטח

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה
96	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>מספר זהות/דרכון</span> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>תאריך תביעה</span> </div>
שם משפחה	שם פרטי	

חבר בקופת חולים:  כללית  מאוחדת  מכבי  לאומית  אחר \_\_\_\_\_

2

הצהרת המבוטח או האפוטרופוס

אני הח"מ, מצהיר שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, או האפוטרופוס של המבוטח, להלן הפרטים האישיים של האפוטרופוס:  
שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_  
מוותר על הסודיות הרפואית שלי ו:

1. נותן בזה את הסכמתי למסור לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי אודותיי.
2. נותן בזה את הסכמתי למסוד לביטוח לאומי, למסור לנותן השירותים שיספק לי את שירותי סיעוד, מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.
3. נותן בזה את הסכמתי למסוד לביטוח לאומי, למסור לרשות ההגירה ולקבל מרשות ההגירה, מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.
4. נותן בזה את הסכמתי למסוד לביטוח לאומי, למסור למחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית ולקבל מהמחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, לרבות מידע על גמלת הסיעוד, לו אקבלה.
5. נותן בזה את הסכמתי למסוד לביטוח לאומי, למסור לקופ"ח שבה אני מבוטח ולקבל ממנה: מידע רפואי וסוציאלי אודותיי הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד, ואת התוצאות של הערכות התלות שתערכנה בגין תביעה זו.

ולראייה באתי על החתום

חתימת המבוטח או האפוטרופוס ✕ \_\_\_\_\_



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

**נספח ב' מיועד לבני 90+**

**בלבד**

הערכת תפקודית של רופא מומחה בגריאטריה לבני 90+

**בדיקת רופא מומחה בגריאטריה היא ללא עלות בעבור התובע ואין לבצעה בזמן אשפוז. הערכת תפקוד בפעולות היום יום על ידי רופא מומחה בגריאטריה אפשרית למי שמלאו לו 90 שנה ויותר**

לרופא – נא הקף בעיגול כל סעיף, במקום המתאים על פני הרצף. על הציון לבטא צורך בעזרה שהנבדק זקוק לה בדרך כלל, הן מסיבות של מגבלה מוטורית והן מסיבות של מגבלה מנטלית.  
**נמק את מסקנתך לגבי התפקוד בסעיף, ציין את הסיבה הרפואית ופרט האם התרשמת מהדגמה, מתצפית או מדיווח.**

**האם סובל מעיוורון מוחלט? (לפחות 3/60 בשתי העיניים או שדה ראייה עד 19 מעלות, או קיימת תעודת עיוור)**  
 לא  כן

**1. ניידות – יש להתייחס לתנועה בתוך הבית בלבד**

7	6	5	4	3	2	1
מרותק לכיסא/למיטה, תלוי לחלוטין באדם אחר	נייד בעזרת מכשיר או בלעדיו, אך זקוק לעזרת אדם אחר, או זקוק להכוונה בשל חוסר תובנה או עיוורון, או עצמאי בשימוש בכיסא גלגלים כולל מעברים	עצמאי בניידות בעזרת מכשיר או בלעדיו, ללא מאמץ או במאמץ קל				

נמק את מסקנתך \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. נפילות**

7	6	5	4	3	2	1
נופל בתדירות גבוהה לפחות אחת לשבוע ואינו קם לבדו	נופל בתדירות נמוכה כפעם בחודש במוצע בשלושת החודשים האחרונים ואינו קם לבדו, או נפל פעמיים בחודש האחרון ואינו קם לבדו	אינו נופל, או נופל לעיתים רחוקות, או נופל וקם ללא עזרה				

נמק את מסקנתך \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. הלבשה**

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה בלישת מכנסיים, חולצה, פרוטזה, הכוונה צמודה בשל חוסר תובנה	זקוק לסיוע או לדרבון קל בהלבשה (לכפתר, לגרוב גרביים, לבחור בגד, אביזר אורתופדי)	מתלבש ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל				

**4. רחצה**

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה מלאה כולל רחצת פנים, או מסרב בשל חוסר תובנה	עצמאי ברחצת פנים אך זקוק לעזרה פעילה או הכוונה צמודה ברחצת פלג גוף עליון או תחתון	זקוק לסיוע או לדרבון קל ברחצה (כניסה למתקן הרחצה, נוכחות, חפיפת ראש, רחצת כפות רגליים)				

נמק את מסקנתך \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**בדיקת רופא מומחה – המשך**

<b>5. אכילה ושתייה</b>						
7	6	5	4	3	2	1
תלוי לחלוטין בכל פעולות האכילה כולל שתייה או הזנה מלאכותית, או מסרב בשל חוסר תובנה	זקוק לעזרה בהאכלה (או שתייה)		זקוק לסיוע בנטילת תרופות, עיוורון מוחלט, אינו מחמם או מגיש לעצמו מנת מזון			אוכל ושותה ללא עזרה כולל חימום והגשת מנת מזון, ללא מאמץ או במאמץ קל

נמק את מסקנתך \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>1. הפרשות</b>						
7	6	5	4	3	2	1
אינו שולט בשני הסוגרים ותלוי לחלוטין בכל הפעולות (ניידות, הלבשה וטיפול בהיגיינה אישית)	משתמש בשירותים/ אביזרים אך זקוק לעזרה בשלוש הפעולות	משתמש בשירותים/ אביזרים אך זקוק לעזרה בשתיים מהפעולות	משתמש בשירותים/אביזרים אך זקוק לעזרה באחת מהפעולות: ניידות, הלבשת חלק תחתון, היגיינה אישית		זקוק לסיוע קל (ריקון בקבוק, החתלה או ליווי בלילה)	עצמאי בכל הקשור לטיפול בהפרשות

נמק את מסקנתך \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>2. השגחה</b>						
7	6	5	4	3	2	1
מסכן את עצמו או את סביבתו ואי אפשר להשאירו לבד לפרקי זמן קצרים		זקוק להשגחה רוב פעולות היום ויש ירידה בתובנה ובזיכרון, אך ניתן להשאירו לבד לפרקי זמן מסוימים				אינו מסכן את עצמו או את סביבתו

נמק את מסקנתך, אם מדובר בזקן בעל ירידה קוגניטיבית, נא פרט את עיקרי הממצאים של הבדיקה הקוגניטיבית.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**פרק הזמן למגבלה - אנא סמן האם צפוי שינוי במהלך ששת החודשים הבאים:**

צפויה הטבה בעוד \_\_\_\_\_ חודשים  צפויה יציבות  צפויה החמרה

**הצהרה ופרטי הרופא המומחה בגריאטריה שביצע הערכה זו**

1. מילאתי טופס זה על סמך בדיקתי.  
 פרטי המוסד הרפואי: \_\_\_\_\_  
 שם המוסד הרפואי הציבורי \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_  
 בחר באחת מהאפשרויות  
 מילאתי טופס זה על סמך בדיקתי והערכה גריאטרית שערכתי בתאריך \_\_\_\_\_  
 מילאתי טופס זה לפי בדיקתי בתאריך \_\_\_\_\_ ועל סמך הערכה גריאטרית שערך ד"ר \_\_\_\_\_ בתאריך \_\_\_\_\_ (נא לצרף את הערכתו).  
 שם הרופא המומחה בגריאטריה \_\_\_\_\_ חותמת המוסד הרפואי הציבורי או המרפאה \_\_\_\_\_  
 חתימה \* \_\_\_\_\_ חותמת \_\_\_\_\_