



תביעה לגמלת סיעוד

חובה לצרף לטופס זה

1. אישורי הכנסות שלך ושל בן/בת זוג מכל המקורות (למעט קצבאות ביטוח לאומי) לשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה חודשים שקדמו לחודש הגשת תביעה.
אם הגשת תביעה במהלך שנים עשר החודשים האחרונים מאז נידחת, אין צורך להמציא מחדש אישורי הכנסות.
2. אם אתה מתגורר בבית אבות/מוסד/משפחתון, יש למלא אישור בסעיף 9 (בטופס התביעה) על ידי הנהלת המקום.
3. תדפיס מידע רפואי ממוחשב (תמצית תיק רפואי אבחנות ותרופות) חתום על ידי רופא מטפל (רופא המשפחה) ו/או סיכום אשפוז שהתקיים ב-3 חודשים אחרונים.

כיצד יש להגיש את התביעה

- את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות וביירוים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- לצורך קבלת הסבר וסיוע במילוי טופס התביעה, ניתן לפנות למחלקת ייעוץ לקשיש בסניפי המוסד לביטוח לאומי בטלפון: 02-6463400. לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

הגעה לגיל 90

אם מלאו לך 90 שנה, באפשרותך לבחור בביצוע הערכה תפקודית על ידי רופא מומחה **בגריאטריה*** (ללא תשלום על ידי התובע), במקום על ידי מעריך המוסד.
אם בחרת להיבדק על ידי הרופא הגריאטר, על הרופא הגריאטר למלא את נספח ג' המצ"ב, טופס זה יצורף לתביעה, נוסף לתדפיס מידע רפואי מהרופא המטפל.
*** על פי החוק יוכל לערוך הערכה זו רופא גריאטר המועסק ב'** מוסד רפואי ציבורי שבבעלות הממשלה, קופת חולים או רשות מקומית, או תאגיד שהוא מוסד ציבורי..."
הערה: מי שנבדק ע"י מעריך יוכל להגיש הערכה תפקודית של רופא גריאטר רק אם חלפו 6 חודשים ממועד ביצוע ההערכה הקודמת.

מגבלה בעלת אופי זמני:

אם המגבלה התפקודית שלך הופיעה בחודשיים האחרונים והיא בעלת אופי זמני, עליך לבקש מהרופא המטפל, למלא גם את נספח א' המצ"ב.

מידע מאחות מרפאה/מעובדת סוציאלית

אם ברצונך לצרף מידע מאחות מרפאה ו/או עובדת סוציאלית עליך לבקש לרשום זאת בנספח ב' המצ"ב.

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך

דפים

תאריך תביעה

שנה חודש יום

תביעה לגמלת סיעוד

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> נשואה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה בציבור

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

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

אני מאשר קבלת הודעות SMS

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

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

התובע 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. _____

פרטי קופת חולים

התובע שייך לקופת חולים _____

סניף קופת החולים בו מטופל _____

ייעוץ לקשיש

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

פרטים על בן/בת זוג

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
----------	---------	------------------

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

6 הוצאות קבועות: החזקה במוסד, תשלום דמי מזונות, תשלום שכר דירה
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 *

* ימלא רק מי שיש לו הכנסה מהשכרת דירה אחרת.
הערה: לתשומת לב בעלי הכנסה מהשכרת דירה המתגוררים בדירור מוגן - נא להמציא אישור מהדירור המוגן על מרכיב הוצאות הדירור בלבד בתשלום החודשי. סכום הוצאה זו ינוכה מהכנסות שכר הדירה. הסכום שינוכה לא יעלה על גובה שכר הדירה. הניכוי יבוצע רק לאחר המצאת האישור.

7 תפקוד בפעולות היום יום
ניידות

נייד בכוחות עצמו נייד בהשגחה ו/או מתהלך לבד עם מכשיר עזרה חלקית - תמיכה 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 לתשושי 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 * _____

10

פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי

1. האם התלנת 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: _____

11

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 להחתימים 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

נספח ב'

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד



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>התמצאות</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>שיתוף פעולה</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>	<p>הפרשות, שליטה על סוגרים</p>
<p>תקשורת</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>	<p>הלבשה</p>
<p>ב. מצבי התנהגות חריגים ותכיפותם (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>	<p>רחיצה</p>
<p>ג. אפטרופוס:</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>	<p>אכילה</p>
<p>ד. מקבל (מארגון של ממלא הטופס) שירותי:</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>	<p>מצב העור</p>
<p>ה. הערות</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>משקל</p>
<p>ו. מצ"ב (אבחון, דו"ח, חו"ד וכדומה)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p>ב. ביקור במרפאה</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>ג. תרופות</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 _____



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד

נספח ג'

שם הנבדק: _____
שנת לידה: _____
ת.ז. _____

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון _____
סוג המסמך _____
דפים _____

הערכת תפקוד בפעולות היום על ידי רופא מומחה בגריאטריה למי שמלאו לו 90 שנה ויותר

לרופא – נא הקף בעיגול בכל 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 מנטאלית.

1. ניידות – יש להתייחס לתנועה בתוך הבית בלבד

7	6	5	4	3	2	1
מרותק לכסא/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 בכסא גלגלים כולל מעברים	עצמאי בניידות בעזרת מכשיר או בלעדיו, ללא מאמץ או במאמץ קל				

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				

3. הלבשה

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה בהלבשת מכנס/חולצה, פרוטזה, גרביים, לבחור בגד, אביזר ארטופדי	זקוק לסיוע או דרבון קל בהלבשה (לכפתר, לגרוב)	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/תחתון	זקוק לסיוע / דרבון קל ברחצה (כניסה למתקן הרחצה, נוכחות, חפיפת ראש, רחצת כפות רגלים)	מתרחץ ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל			

5. אכילה ושתייה

7	6	5	4	3	2	1
תלוי לחלוטין בכל פעולות האכילה כולל שתייה	זקוק לעזרה בהאכלה (או שתייה), או מסרב בשל חוסר תובנה	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			

6. הפרשות

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 בשלושת 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	

7. השגחה

7	6	5	4	3	2	1
מסכן את עצמו או את סביבתו ולא ניתן לתכנן להשאירו לבד לפרקי זמן קצרים	זקוק להשגחה בביצוע רב פעולות היום יום ויש ירידה בתובנה ובזיכרון, אך ניתן להשאירו לבד לפרקי זמן מסוימים	אינו מסכן את עצמו או את סביבתו				

הצהרה ופרטי מוסר המידע

בחר באחת מהאפשרויות

- מילאתי טופס זה ע"ס בדיקתי והערכה גריאטרית שערכתי, במוסד הרפואי/מרפאה _____ בתאריך _____
- מילאתי טופס זה ע"ס הערכה גריאטרית של ד"ר _____ בתאריך _____ ובדיקה שלי בתאריך _____
- יש לפרט את הנסיבות בגינן חלה החמרה במצב התפקודי. _____

שם הרופא _____ תחום ההתמחות _____ שם מוסד הרפואי/מרפאה _____
חתימה * _____ חותמת _____