

גימלה לילד נכה - הנחיות לתובע

גימלה לילד נכה ניתנת:

- לילדים בגיל 3-18, אשר כתוצאה מליקוי תלויים בעזרת הזולת בביצוע פעולות יום יום יותר מהרגיל אצל בני גילם.
- לילדים מגיל 91 יום עד גיל 18 הזקוקים בשל ליקוי חמור או מחלה כרונית להשגחה מתמדת.
- לילדים הסובלים מאחד הליקויים הבאים כמשמעם בתקנות:
 - תסמונת דאון (מהלידה)
 - עיכוב התפתחותי חמור (מ-91 יום עד גיל 3 שנים)
 - ירידה בשמיעה (מהלידה)
 - ליקוי ראייה (מגיל 91 יום)
 - אוטיזם / פסיכוזה / מצב פסיכיאטרי התנהגותי
- ילדים הזקוקים בשל מחלה כרונית קשה לטיפול רפואי כמפורט בתקנות (מגיל 91 יום) גימלת ילד נכה ניתן לשלם עד גיל 18.

בעת הגשת התביעה יש להציג המסמכים הבאים:

1. תעודת הזהות של התובע
2. תעודת הזהות של הורי הילד שבה רשום הילד
3. תעודת הזהות או תלוש הרישום של הילד
4. מספר חשבון בנק (עובר ושב) המתנהל על שם התובע או על שם אפוטרופסו. יש לצרף מסמך רשמי של הבנק המאשר את פרטי החשבון או המחאה ריקה עליה רשום "מבוטל".

כמו כן, בעת הגשת התביעה יש לשים לב למצויין להלן:

- משפחה שבה שני ילדים נכים או יותר - תהיה זכאית לגמלה לילד נכה בשיעור מוגדל בעד כל אחד מהילדים. התוספת לכל ילד תהיה בשיעור של 50% מהשיעור המגיע.
- משפחה שבה שני ילדים נכים, המקבלת גמלה לילד נכה בעד ילד אחד בלבד, תהיה זכאית לגמלה בשיעור מוגדל, אם הילד השני אינו זכאי לגמלה מהסיבות הבאות:
 1. הוא שוהה במוסד או בסידור אחר מחוץ לבית.
 2. הוא מעל גיל 18, ושולמה בעדו גמלה עד הגיעו לגיל 18 שנים.
- נא להקפיד על מילוי סעיף ג', בתביעה לגמלה לילד נכה.

לתביעה יש לצרף צילומי המסמכים הבאים (אלה ישארו בידי המוסד)

- תעודות רפואיות וסיכומי מחלה ב-4 השנים האחרונות, הכוללים גם פירוט הטיפולים הרפואיים.
- אישור לימודים הרצ"ב לאחר שימולא ויוחתם ע"י מינהלת ביה"ס, או גן הילדים.
- לילד עד גיל 6, אישור על טיפול התפתחותי לאחר שימולא ויוחתם ע"י גורם מוסמך (ראה האישור על גב עמוד זה)

אל: המוסד לביטוח לאומי, סניף _____

הנדון: אישור לימודים

הרינו מאשרים כי התלמיד שפרטיו מופיעים להלן, לומד באופן קבוע במוסדנו בתנאי פנימיה לא בתנאי פנימיה.

שם הילד _____ מס' זהות הילד _____ מס' האב _____

כתובת הילד _____

שם ביה"ס (הקורס, ההכשרה) וכתובתו _____ מס' טלפון _____

החל לימודיו בתאריך _____ תאריך סיום לימודים (משוער) _____

מס' ימי לימוד בשבוע _____ מס' שעות לימוד ביום _____

הילד מגיע למקום הלימודים: ברגל ברכב המשפחה בתחבורה ציבורית בהסעה מאורגנת

הילד מגיע לביה"ס: בליווי ללא ליווי

הערות _____

חתימת מנהל בית הספר

שם החותם

חותמת בית הספר

תאריך

נא לוודא כי מולאו כל הפרטים המופיעים באישור



הנחיות למילוי טופס התביעה

בעת מילוי טופס התביעה יש להקפיד על מילוי כל הפרטים. בשאלות שהתשובה להן היא שלילית ולא יועד בהן מקום לציון "לא" יש להעביר קו. במקום שמופיעות משבצות קטנות יש לסמן במשבצת שלצד התשובה המתאימה. שטחים על רקע כהה מיועדים לשימוש המוסד ואין לכתוב בהם.

רישום מספרי זהות

מספרי זהות יש לרשום בכל 8 המשבצות המיועדות לכך. כאשר למספר הזהות פחות מ-8 ספרות יש לרשום "0" (אחד או יותר - לפי הנדרש), בצד שמאל.

מספר זהות ס"ב							
0	0	0	5	3	9	7	6

(2) מספר זהות 53976
יירשם:

מספר זהות ס"ב							
4	8	3	7	9	1	2	2

דוגמאות:
(1) מספר זהות 48379122
יירשם:

רישום תאריכים

יש לרשום תאריכים כלהלן:

תאריך עליה לישראל					
שנה		חודש		יום	
2	7	1	2	9	7

(2) 27 בדצמבר 1997 יירשם:

תאריך לידה					
שנה		חודש		יום	
0	3	0	4	9	7

דוגמאות:
(1) 3 באפריל 1997 יירשם:

לתשומת-לב: ציון השנה הוא על-ידי 2 ספרות אחרונות בלבד. אם התאריך המלא אינו ידוע, נא לציין השנה בלבד, והמקום המיועד לחודש וליום יש להשאיר ריק.

אל: **המוסד לביטוח לאומי, סניף** _____

הנדון: **אישור על טיפול התפתחותי**

הרינו מאשרים כי הילד שפרטיו מופיעים להלן, מקבל באופן קבוע טיפול התפתחותי שאושר על ידנו.

שם הילד _____ מס' זהות הילד _____ שם האב _____

כתובת הילד _____

שם המוסד המטפל וכתובתו _____ מס' טלפון _____

החל הטיפול במוסדנו מתאריך _____ תאריך סיום טיפול (משוער) _____

זקוק לטיפול _____ פעמים בשבוע. מגיע לטיפול _____ פעמים בשבוע. מס' שעות בכל ביקור _____.

הילד מגיע למקום הטיפול: ברגל ברכב המשפחה בתחבורה ציבורית בהסעה מאורגנת

הילד מגיע למוסד בליווי של: הורה קרוב משפחה אחר, פרט: _____

הערות _____

תאריך _____ חותמת המוסד _____ שם החותם _____ חתימת מנהל המוסד _____

נא לוודא כי מולאו כל הפרטים המופיעים באישור



תביעת גימלה לילד נכה
על פי פרק ט' לחוק הביטוח הלאומי

עמוד 3 מתוך 6

חותמת הסניף ותאריך קבלה

לתשומת לב!

התביעה תוגש על ידי הורה שהילד גר עמו, או אפוטרופסו, או מי שמחזיק אותו למעשה. מלא בדיקנות את כל הפרטים שבתוספת. לשם כך קרא בעיון את ההנחיות בעמוד הפתיחה. פרטים המופיעים על רקע כהה מיועדים לשימוש המוסד לביטוח לאומי.

תאריך תביעה		
יום	חודש	שנה

מספר זהות של הילד

0																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

א' פרטי הילד

שם משפחה	שם פרטי	שם האב (הטבעי)	שנה	חודש	יום	תאריך לידה	שנה	חודש	יום	תאריך עליה לישראל	שנה	חודש	יום

מען הילד	רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

גימלת ניידות	קיבל הלואה עומדת מקבל קיצבת ניידות הוגשה תביעה לגימלת ניידות	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	תא דואר	מספר טלפון
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ב' פרטי תובע הגימלה שעמו גר הילד (או אפוטרופסו)

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	יחס קרבה לילד
		0	<input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> אח / אחות <input type="checkbox"/> סב / סבתא <input type="checkbox"/> אחר = 9 פרט:

אם התובע אינו הורה, האם הוא אפוטרופוס חוקי	כן	לא
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

מען מגורים	עם הילד	אחר, פרט: שם הישוב, רחוב, מספר בית, מיקוד
	<input type="checkbox"/>	

ג' פרטים על ילדים נכים נוספים במשפחה (אם יש - השלם הפרטים בלוח הבא)

שם הילד	מספר זהות	תאריך לידה	הליקוי / מחלה	הוגשה תביעה לגימלה - פרט	מקבל גימלה - פרט

ד' פרטים על הילד - המשך
1. ליקויים / מחלות

פרטים על הליקויים מהם סובל הילד ותאריך תחילתם. רשום את שם המחלה או הפגיעה בצד התאריך. יש לצרף אישורים רפואיים על הליקויים המפורטים (אם מלידה, רשום "מלידה")	פרטי הליקוי:

2. פרטים על אישפוזים ב - 4 השנים האחרונות (ציין פרטים על האישפוזים הקשורים בליקויים שצינת למעלה וצרף אישורים רפואיים)

שם המחלקה, הרופא וכתובת המוסד / בית החולים	תקופת האישפוז	
	עד תאריך	מתאריך

3. קופת החולים בה מבוטח הילד

מבוטח בביטוח רפואי בזכות הוריו בקופה _____ כתובת הסניף _____

עמוד 4 מתוך 6

4. פרטים על טיפול רפואי ב-4 השנים האחרונות (צרך אישורים רפואיים)

כתובת המוסד או הרופא הפרטי	שם המחלקה המטפלת ושם הרופא המטפל	סיום הטיפול (חודש ושנה)	תחילת הטיפול (חודש ושנה)	סוג הטיפול (הקרנות, כימותרפיה, עירויים, תרופות, פיזיותרפיה, דיאטות וכו')

6. שימוש בעזרים עקב הליקויים

מתאריך	האם הילד משתמש בעזרים	
	כן	לא

5. תלות הילד בעזרת הזולת (סעיף זה ימולא לילדים בני 5 ומעלה)

האם הילד מסוגל	סמן ✓ ופרט	
	כן	לא ← מי עוזר לו
לאכול בעצמו		
להתלבש בעצמו		
להתרחץ בעצמו		
להסתדר בשירותים בעצמו (נקיון אישי)		

7. סידור מוסדי

האם הילד שוהה עכשיו או שהה בעבר במוסד / במשפחה אומנת?
 לא כן במוסד במשפחה אומנת _____

 הכתובת _____
 שוהה / שהה מתאריך _____ עד תאריך _____ עדיין שוהה

8. לימודים (של הילד) (צרך אישור - ראה עמוד ראשון בטופס זה)

שם גן הילדים / בית הספר וכתובתו / מסגרת חילופית:			<input type="checkbox"/> אינו לומד <input type="checkbox"/> לומד <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> בגן <input type="checkbox"/> בבית ספר <input type="checkbox"/> אחר
מספר ימי לימוד בשבוע	מספר שעות לימוד ביום	הלימודים מתקיימים משעה _____ עד שעה _____	

9. (לילד עד גיל 6) טיפול התפתחותי (כגון: ריפוי בעיסוק, בדבור, פיזיותרפיה, מורה בית וכו') (צרך אישור)*

(3)	(2)	(1)	מקבל טיפול התפתחותי ב-6 החודשים האחרונים: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן ←
			סוג הטיפול
			מקום הטיפול**
			תדירות הטיפול

* ראה אישור בגב העמוד הראשון בטופס זה ** בטיפול מחוץ לבית - רשום שם המוסד ומענו

פרטים על פגיעה כתוצאה מתאונה ותביעה נגד צד שלישי

האם נכות הילד נגרמה כתוצאה מתאונה? "תאונה" - תאונת דרכים או אחרת הנגרמת עקב רשלנות הזולת, תקיפה וכדומה <input type="checkbox"/> לא (עבור לסעיף הבא) <input type="checkbox"/> כן - השלם הפרטים שלהלן	
סוג התאונה	תאריך התאונה _____
<input type="checkbox"/> תאונת דרכים <input type="checkbox"/> אחרת פרט - _____	
מקום וכתובת אירוע התאונה	
נסיבות אירוע התאונה _____ _____ _____	
האם נמסרה הודעה למשטרה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן לתחנת המשטרה ב _____ מס' התיק _____	
האם הוגשה / עומדים להגיש תביעה לפיצויי נזיקין <input type="checkbox"/> לא = 1 <input type="checkbox"/> כן = 2 הנתבע הוא _____ תאריך הגשת התביעה _____	
עורך הדין המייצג את הילד בתביעה הוא _____ כתובתו _____ מס' טלפון _____	
קבלת פיצויים <input type="checkbox"/> הילד טרם קיבל פיצויי נזיקין <input type="checkbox"/> הילד קיבל פיצויים בסך _____ ש"ח מאת _____ בתאריך _____	

ו' העברת תשלומים

אבקש להעביר את הגימלה שתשולם לי בגין תביעה זו ליזכות חשבונאי: מספר חשבון הבנק _____ בבנק _____ סניף _____ כתובת הסניף _____ החשבון מנוהל על שם _____	
--	--

ז' הצהרת התובע / שותף לחשבון הבנק (חשבון הבנק חייב להיות ע"ש התובע, אפשרי שותף/ים בחשבון)

א. אני החתום מטה תובע גימלה לילד נכה ומצהיר כי כל הפרטים שנמסרו בתביעה ובמסמכים המצורפים לה הינם נכונים. אני מתחייב בזה להשתמש בגימלה לטובתו של הילד הנכה בלבד.
אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי שיחול בפרטים שמסרתי בתביעה זו.
ידוע לי שאם יוכנס הילד למוסד או יסודר במשפחה אומנת עלי להודיע על-כך מיד למוסד לביטוח לאומי.

ידוע לי כי בהתאם לחוק הביטוח הלאומי אדם גרם במירמה או ביודעין למתן גימלה לפי חוק זה, או להגדלתה על-ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לענין, דינו קנס או מאסר שנה אחת.
 (יסומן ב-✓ כאשר עובד המוסד ממלא את תופס התביעה) כל הפרטים הרשומים בתביעה הוקראו באוזני ואני מאשר בזה, כי הם תואמים את הפרטים שמסרתי בע"פ לעובד המוסד.

ב. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופה כח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו, את פרטי השותפים לחשבון ומיופה הכח, 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 שהוא כולו או בחלקו שילם בטעות או שלא כדין, וכך שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.
(סעיף ב' אינו חל על תובע שקצבתו משולמת ישירות לקיבוץ / מושב שיתופי)

תאריך _____ חתימת התובע X _____
שם _____ (התחייבות שותף בחשבון הבנק לגבי סעיף ב) מספר זהות _____
תאריך _____ חתימה X _____
שם העד: _____ מספר זהותו: _____ חתימת העד X _____

חתום גם על שני טופסי ויתור סודיות שבשולים

לשימוש המוסד לביטוח לאומי

הפרטים בטופס תביעה זה אומתו: ע"פ ת.ז. של התובע מתאריך _____ ע"פ ת.ז. של ההורה שבה רשום הילד מתאריך _____		
שם המאמת	תפקידו	חתימת המאמת



סניף _____
לכבוד _____

תאריך _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות _____

בעל פנקס חבר מספר _____ יחס קרבה לר"מ: הורה אפוטרופוס

אחר _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלה, מצב רפואי, הטיפול שניתן, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודות:

שם הילד: _____ מספר זהות: _____

הגר בכתובת: _____ חתימה: X _____ ✂



סניף _____
לכבוד _____

תאריך _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות _____

בעל פנקס חבר מספר _____ יחס קרבה לר"מ: הורה אפוטרופוס

אחר _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלה, מצב רפואי, הטיפול שניתן, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודות:

שם הילד: _____ מספר זהות: _____

הגר בכתובת: _____ חתימה: X _____ ✂



סניף _____
לכבוד _____



מספר תיק במוסד

נכבדי,

אישור קבלת תביעה לקיצבת ילד נכה

הריני לאשר בזאת שקיבלנו את תביעתך לגימלת ילד נכה. הנני להביא לידיעתך כי הטיפול בתביעה הוא מורכב וממושך ואנו מבקשים שיתוף פעולה מצדך. לתשומת לבך - עליך להודיענו מיד ובכתב על שינוי שיחול לגבי הפרטים שמסרת עליהם בטופס התביעה.