

## תוכן עיניינים

3	.....	הקדמה
4	.....	אבחנות ומחלות שכיחות בבריאות הנפש
8	.....	התמודדות המטופל
10	.....	התמודדות המשפחה
14	.....	שאלות ותשובות
18	.....	זכויות בסל הבריאות
22	.....	זכויות כלליות
38	.....	עמותות וייעוץ משפטי
43	.....	טפסים שימושיים

## דעתכם חשובה לנו

בחוברת זו ריכזנו את מירב המידע לו אתם עשויים להזדקק במהלך המחלה וההחלמה. כארגון המשפר באופן קבוע את סטנדרט השירות שלו חשוב לנו לקבל מכם משוב לגבי ערכת "כללית לידיעתך". שתפו אותנו אילו פרקים היו לכם לעזר, מה עניין אתכם, האם יש נושאים שחיפשתם ולא מצאתם בחוברת זו ונושאים נוספים.

את התייחסותכם אנא שלחו לכתובת המייל: [clalit4u@clalit.org.il](mailto:clalit4u@clalit.org.il)



## מטופלים יקרים,

אנו בכללית מחויבים לבריאות הגוף והנפש של כל מטופלינו. הבריאות הנפשית והגופנית משפיעות באופן ישיר זו על זו וגם על התפקוד בבית, במשפחה בעבודה ובעצם בכל מקום. פגיעה בבריאות הנפשית עלולה לשבש את היכולת של המטופל ומשפחתו לנהל אורח חיים תקין. בחוברת שלפניכם תמצאו מידע כללי אודות הפרעות נפשיות, השפעותיהן ומגוון טיפולים היכולים לסייע. כמו כן אנו מנגישים את הזכויות הנלוות להתמודדות עם הפרעה נפשית.

**כללית לידיעתכם – כי מגיע לכם!**

בברכה,  
כללית

## הקדמה

במהלך החיים, אנשים נקלעים למשברים גופניים ונפשיים. בתחום הנפשי, כמו הגופני, מחלה יכולה לבוא בעקבות אירוע או משבר מזוהה, או מסיבה לא ידועה.

הפרעה נפשית יכולה להיות מופע חולף, מהלך מתמשך או כרוני. היא מתבטאת בדרגות שונות של חומרה ומשפיעה באופן שונה אצל כל אדם ואדם על התפקוד.

מתמודדים עם הפרעה נפשית יחוו מצוקה רגשית שיכולה לבוא לידי ביטוי בעוצמות גבוהות של מתח, עצב, פחד, כעס, חוויה של חוסר אמון בסביבה, ייאוש ועוד. לעתים עלולות להופיע תופעות כמו הזיות, מחשבות שווא ומצבי פסיכזה הפוגעות בעוצמות שונות בתפיסת המציאות.

חשוב לדעת שניתן לטפל בהפרעה נפשית ולהקל על אנשים המתמודדים איתה, על ידי הפחתת הסימפטומים, שיפור התפקוד וסיוע בהשתלבות מיטבית בקהילה. קיימים מגוון רחב של טיפולים הן תרופתיים והן בשיחות הניתנים על ידי צוותי טיפול מומחים בתחום.

בישראל כיום, מהווים שירותי בריאות הנפש חלק בלתי נפרד משירותי הבריאות הניתנים על ידי קופות החולים. בעקבות הרפורמה שנכנסה לתוקף ביולי 2015, נוספו שירותי בריאות נפש רבים ברחבי הארץ כגון: מרפאות, מטפלים עצמאיים ושירותי ייעוץ ברפואה ראשונית.

בחוברת זו, המיועדת למטופלים מעל גיל 18, ריכזנו מידע באשר להפרעות השכיחות, ביטויים בתחומי החיים השונים, השירותים והזכויות הניתנים על ידי הכללית והמדינה. בנוסף תמצאו בחוברת מידע והמלצות להתמודדות המשפחה והסביבה הקרובה עם המצב.

# אבחנות ומחלות שכיחות בבריאות הנפש

האבחון בתחום בריאות הנפש הינו קליני בעיקרו וכולל בעיקר סימפטומים (תלונות המטופל) וסימנים (ממצאי בדיקה קלינית). האבחון נעשה בהתאם לספר אבחנות בינלאומי (ICD-10).

מחלות והפרעות נפשיות, כמו מחלות גופניות, פוגעות באיכות החיים של האדם וביכולת התפקוד היום יומית שלו. ניתן לרפא ו/או להקל על הסימפטומים שלהן באמצעות מתן טיפול תרופתי ופסיכותרפי.

להלן תיאור קצר של חלק מהמחלות הנפוצות ואופן ביטוין.

## דיכאון

דיכאון מאופיין בעיקר במצב רוח ירוד והיעדר עניין. הוא יכול להתבטא בעוצמות שונות ומשך משתנה של תסמינים. לא תמיד ברורה הסיבה הגלויה שהביאה לדיכאון.

מתבטא בירידה בעניין בפעילויות יום יומיות, חוסר הנאה מדברים שבעבר היו מהנים, מצב רוח ירוד, תנודתי או אי שקט. עייפות, אפתיות, העדר אנרגיה וירידה בתיאבון. הפרעות בשינה ובריכוז. תחושות אשמה לא מוצדקות, תחושות של חוסר ערך, נטייה לפסימיות, תחושת מתח וחרדה.

הדיכאון עלול לעורר תחושות של חוסר אונים וייאוש בסביבה הקרובה. יכול להופיע לעיתים כתגובה ממושכת מעבר לצפוי בעקבות אירועי חיים.

לדיכאון עלולות להתלוות מחשבות ואף תכניות אובדניות, לאור התחושה שאין תקווה שהמצב ישתפר.

### הפרעה דו קוטבית

הפרעה דו קוטבית (מאניה-דיפרסיה) מאופיינת בתנודתיות בין מצבי דיכאון לבין מצבי עוררות יתר. משך המצב הדיכאוני והמאני משתנה ויכול לנוע בין זמנים קצרים לתקופות ארוכות וכך גם התקופה המאוזנת שבין המצבים. תחושת הדיכאון מאופיינת בתסמינים דומים לאלו המתוארים לעיל.

המצב המאני מאופיין בפעלתנות רבה, מצב רוח מרומם באופן לא תואם למצב, שיפוט לקוי, תחושת כל יכולות והיעדר זהירות מסיכונים (למשל: בזבז כספים לא מבוקר, ערנות בלילות). לעיתים יכול להופיע אי שקט קיצוני ורגזנות רבה.

### חרדה

חרדה היא שם כולל למספר תסמונות הכוללות: התקפי חרדה (פאניקה), חרדה כוללנית, חרדה ספציפית ופוביות (חרדה חברתית, חרדה מטיסות, חרדה ממקומות סגורים וכדומה).

מתבטאת בדאגה מוגזמת המופיעה באופן לא צפוי, ללא סיבה ברורה. בדרך כלל מלווה בסימפטומים גופניים, לעיתים כלליים (כמו בחרדה כוללנית - תלונות גופניות לא ממוקדות) ולעיתים ספציפיים (כמו בהתקפי חרדה - קוצר נשימה, דופק מואץ, הזעת יתר). החרדה נוטה להתגבר בעקבות אי וודאות ומפגש עם מצב מעורר לחץ.

תגובה שכיחה הנה הימנעות ממצבים הנתפסים כמעוררי חרדה, נטייה לאי שקט ודריכות קבועים, עיסוק טורדני בסיבות לחרדה וחשש מהישנות הסימפטומים. ההימנעות עלולה להתרחב למצבי חיים שגרתיים, כמו יציאה מהבית.

### הפרעה טורדנית כפייתית (OCD)

הפרעה טורדנית-כפייתית (OCD) מאופיינת במחשבות מטרידות אשר חוזרות בתדירות ועוצמה גבוהה וגורמות למצוקה רבה. המחשבות יכולות להיות קשורות בפחדים שונים וחשש שאם האדם לא יבצע פעולה כלשהי כדי לסתור את המחשבה, הרי שהפחד יתממש. למחשבות הטורדניות מתלווה פעמים רבות דחף לביצוע פעולות באופן חזרתי כהתמודדות עם החרדה שהמחשבות מעוררות. פעמים רבות הפרעה קיימת זמן רב עד אשר הפגיעה התפקודית הופכת משמעותית והאדם פונה לטיפול.

הפגיעה בתפקוד כוללת המנעות מפעילויות יומיומיות בתוך הבית ומחוצה לו, וניכרת בכל תחומי החיים באופן הולך ומתרחב.

## סכיזופרניה

סכיזופרניה מאופיינת בפגיעה משמעותית בתפקודים קוגניטיביים של בוחן מציאות ומהלך חשיבה. יכולה להתפתח כהידרדרות מתמשכת לאורך זמן או כהתפרצות סוערת אקוטית.

בסכיזופרניה יכולות להופיע תופעות ייחודיות של הזיות (שמיעה, ראייה, ריח), עיוותי תפיסה ומחשבות שווא, תחושות רדיפה ורצף חשיבה לא עקבי המתבטא בדיבור לא בהיר ואסוציאטיבי.

המתמודד עם סכיזופרניה יחוש סבל רב, יחוש שאינו מובן על ידי הסביבה ויתקשה לסמוך על הקרובים לו.

## הפרעת דחק פוסט טראומטית (בתר חבלתית)

הפרעת דחק פוסט טראומטית, PTSD, מופיעה לאחר אירוע שנחוה כמאיים על החיים, שלמות הגוף או הנפש. לעתים ההפרעה תאובחן זמן רב לאחר החשיפה לאירוע, אפילו שנים.

הפרעה זו מאופיינת בתסמינים פולשניים כגון סיוטי לילה, פלאשבקים, נדודי שינה. כמו כן תגובות חרדה ופחד, דריכות יתר ואי שקט ושינויים בתגובות התנהגותיות כמו התקפי זעם, הסתגרות, הימנעות וכדומה.

## הפרעות אישיות

הפרעות אישיות הנו שם כולל לקבוצת אבחנות המתאר דפוסי תגובה והתמודדות במצבי חיים מגוונים.

הפרעות האישיות משפיעות בעיקר על התנהלות בתוך קשרים בינאישיים ובמצבים חברתיים. לדוגמא, חלק מההפרעות מאופיינות בקושי בוויסות רגשי המשפיע על התנהגות אימפולסיבית, תנודתיות בין קרבה לדחייה, חוסר יציבות בקשרים בינאישיים (הפרעת אישיות גבולית); עיסוק מוגבר בערך העצמי שמעורר צורך באישור האחרים, השוואתיות, תנודתיות בין תחושת ערך ותחושת חוסר ערך (הפרעה נרקיסיסטית); נוקשות וחזרתיות, נטייה לעיסוק מוגבר בעשייה ופחות בהיבטים רגשיים של מצבים. נטייה לעתים לתלותיות וחרדה (הפרעה כפייתית).



# התמודדות המטופלים

**התפרצות ראשונה של מחלת נפש/התקף פסיכוטי מערערת את שגרת החיים של המתמודדים ומפגישה אותם עם רגשות עזים שאינם מוכרים להם. המתמודדים עלולים להרגיש שהם מאבדים את שפיות דעתם ופוחדים מאד שמצב זה יישאר קבוע. החוויה מלווה בתחושות של בדידות, מצוקה, חוסר יכולת לשתף את הסביבה וחוסר הבנה של הסובבים אותם.**

## פגיעה בתפקוד

מחלות ואבחנות בתחום בריאות הנפש יכולות להשפיע על התפקוד במגוון תחומי החיים כגון: תעסוקה, קשרים בינאישיים וחברתיים, יחסים במשפחה (זוגיות, הורות וכדומה), שגרת היום יום.

לא תמיד ניתן לנבא את עוצמת הסימפטומים ומידת הפגיעה באיכות החיים. ניתן לראות שונות בין מטופלים שונים עם אותה אבחנה ואצל מטופל מסוים בתקופות שונות.

פגיעה בתפקוד יכולה להתבטא בצורות רבות ובהן: הפרעות בשינה, קושי לקום בבוקר, הפרעות בתיאבון, מריבות מרובות עם הסובבים, היעדרות מהעבודה, הימנעות מביצוע מטלות יום יומיות, התפרצויות, תגובות לא צפויות ועוד.

## מה ניתן לעשות?

כיום יש ידע רב בטיפול במתמודדים עם אבחנות מתחום בריאות הנפש.

לפי המלצות מקצועיות, ניתן להקל על הסימפטומים ולשפר את איכות החיים והתפקוד באמצעות טיפול ומעקב אמבולטורי. במקרים בהם יש עלייה ניכרת במצוקה והחרפה בסימפטומים עד כדי חוסר תפקוד, ניתן לשקול פניה לאשפוז.



## להלן אפשרויות הטיפול הנפוצות:

### טיפול תרופתי

לאחר קביעת האבחנה ועל פי צורך רפואי, ישקול הפסיכיאטר מתן טיפול תרופתי. מרבית התרופות הפסיכיאטריות מתחילות להשפיע לאחר תקופה של בין שבועיים לחודש. לתרופות אלו, כמו לכל תרופה, ישנן תופעות לוואי, בעיקר בתחילת נטילת התרופה. חשוב לדבר עם הרופא על תופעות הלוואי האפשריות ולעדכן אותו בכל תופעה חדשה או אי נוחות. ניתן לשנות מינון או סוג תרופה בהתאם לצורך. אין להפסיק או לשנות טיפול תרופתי ללא התייעצות עם רופא.

### פסיכותרפיה

הטיפול הפסיכותרפי השכיח הנו טיפול בשיחות, הניתן בדרך כלל על ידי פסיכולוגים קליניים ועובדים סוציאליים מומחים בבריאות הנפש. הטיפול ניתן לפי שיקול דעת מקצועי ותכנית טיפול מותאמת לכל מטופל. תכנית הטיפול כוללת המלצה על מטרות עיקריות, סוג וגישת הטיפול, תדירות ומשך. הטיפול יכול להתקיים במסגרת פרטנית, משפחתית, זוגית או קבוצתית. מטרת הטיפול הפסיכותרפי הנה הבנה ועיבוד רגשי, בחינת דפוסי חשיבה והתנהגות קיימים והתמודדות עם המחלה. כמו כן התאמת דפוסי התמודדות מיטיבים שישפרו את איכות החיים של המטופל ומשפחתו. לעיתים ניתן להפנות לגורמי טיפול נוספים בקהילה, בתוך הכללית ומחוץ לה, כגון: ריפוי בעיסוק, תזונה, שרותי רווחה.

### שיקום

חלק משמעותי בהתמודדות עם אבחנות בתחום בריאות הנפש, הינו ההיבט השיקומי. תהליכי השיקום כוללים את תחום התעסוקה והתפקוד היומיומי. סל שיקום ניתן לבעלי לפחות 40% נכות נפשית. ניתן להתייעץ עם הגורמים המטפלים במערך בריאות הנפש לגבי פניה לביטוח לאומי. לפרטים בנושא פניה לביטוח לאומי וסל שיקום, ראו בפרק זכויות כלליות בחוברת זו.

# התמודדות המשפחה

## סיפורו של מתמודד בבריאות הנפש:

"ביקשתי מרופא המשפחה שיפנה אותי לפסיכיאטר אחרי שהחיים בבית כבר הפכו לגיהנום. הרגשתי שאני לא עומד בלחץ, אני מטריף את כל בני המשפחה, אשתי לא רוצה לצאת איתי לבילויים בחוץ כי חוששת ש'אעשה לה בושות'. בקיצור היה נורא ואשתי הציבה לי אולטימטום.

עדיין לקח לי זמן עד שהבאתי את עצמי לקבוע את התור ולהגיע פיזית למרפאה. גם כשהגעתי, הסתכלתי לצדדים לוודא שאין אף אחד שאני מכיר שרואה אותי נכנס למרפאה. בחדר ההמתנה נרגעתי לראות שאני לא מכיר אף אחד, צוות המשרד היה נעים ולבבי.

נכנסתי לפגישה אצל הפסיכיאטר, עדיין לא קולט שאני שם. אני לא חושב שאני פסיכי. הפסיכיאטר שאל שאלות רבות על התפקוד שלי. נראה לי כאילו שהוא היה אצלי בבית או שהוא דיבר קודם עם אשתי, כי הוא ידע בדיוק איך אני מגיב ומה לשאול אותי. לאט לאט נפתחתי, הרגשתי שאני בידיים טובות ומקצועיות ושכדאי לי לשתף בכל האמת, כי פה אוכל לקבל עזרה."

## מספרת אשתו של מטופל אחר:

"בעלי חזר מביקור ראשון במרפאה לבריאות הנפש, אליה הלך אחרי שהבן הבכור שלנו הציב לו תנאי שאו שהוא הולך לפסיכיאטר או שבני מזמין משטרה. כשהוא חזר, סיפר שהפסיכיאטר רשם לו טיפול תרופתי והמליץ גם על שיחות. הוא טען בתוקף שהוא לא מוכן לקחת את התרופה, כי הוא לא פסיכי ולא רוצה להתמכר לתרופות. הוא הבטיח שיצליח להתמודד לבד. עם חלוף הימים ובעזרת הטיפול בשיחות, בעלי הבין כי הטיפול התרופתי הוא חשוב, יכול לעזור ולא בהכרח ממכר והתחיל ליטול תרופות. המצב עכשיו הרבה יותר טוב, היחסים ביננו השתפרו והילדים יכולים לבוא לבקר עם הנכדים."

\*\*\*\*

בני המשפחה עדים לשינויים בהתנהגות קרובי המשפחה המתמודדים, עוד טרם קבלת האבחנה בתחום בריאות הנפש. הגילוי והאבחון עלולים להחמיר ולגרום למשבר נוסף בהתמודדות, אולם לעיתים זיהוי אבחנה והמלצות טיפוליות יביאו להקלה והרגעה לאור הידע ותחושת הוודאות.

שינויים אצל מתמודדים עם אבחנות בתחום בריאות הנפש, יכולים להיות פתאומיים ועוצמתיים, או הדרגתיים ומתמשכים. שינויים אלה משפיעים על התקשורת הבינאישית, האווירה בבית, תעסוקה ומצב כלכלי. מצב זה גורם לעומס על שאר בני המשפחה בשל הפגיעה בתפקוד, ומעורר חוסר וודאות וקושי לצפות תגובות. חשוב שהמתמודד ובני משפחתו יבינו את מהלך המחלה, ירגישו נוח לשאול את הצוות המטפל שאלות מקצועיות, ויעמיקו את הידע שלהם.

בדרך כלל המצב המתואר יעורר תחושות ורגשות מורכבים אצל בני המשפחה שינועו בין תקווה לייאוש. מהלך המחלה מאופיין פעמים רבות בתנודתיות, וייתכנו טלטלות רגשיות בהתאמה למצבו של המטופל. עלולים לצוץ רגשות של דאגה, דריכות, חוסר אונים, בלבול וחרדה, תסכול, כעס ועצב. לצד רגשות אלה, הצלחות טיפוליות, איזון נפשי ושיפור התנהגותי ותפקודי אצל המתמודד יכולים להרגיע ולעורר התרגשות ואופטימיות.

המענה הטיפולי המומלץ יכול להביא להקלה בסימפטומים ולשפר תפקוד. לעיתים מתעוררת התנגדות בשל תופעות לוואי, חוסר הבנה של חומרת המצב, או מחשבה שבעקבות שיפור אפשר להפסיק טיפול. חשוב לדווח על מצבים אלה ולעשות מאמץ לשכנע את המטופל, או להיעזר באנשי מקצוע כדי לבדוק אפשרות להתאמת טיפול חלופי מותאם להתנגדות.

התמודדות עם מחלת נפש יכולה לאתגר גם עמדות חברתיות וערכים תרבותיים. הסטיגמה החברתית סביב מענה טיפולי בתחום בריאות הנפש, עלולה לעורר אצל המתמודד ואצל בני המשפחה בושה, רצון להסתרה ותחושת בדידות. המודעות לכך חשובה, ויש לשים לב שלא יימנע טיפול הולם מהמתמודד בגלל החשש מהסטיגמה או ההשלכות החברתיות של האבחנה.

חשוב להזכיר כי המערכת הרפואית מחויבת לשמירה על סודיות רפואית ופרטיות. לעתים קיימת אי נוחות לפנות למרפאה באזור המגורים במקרים אלו ניתן לפנות למרפאות בריאות הנפש באזור אחר.

הורים עשויים לחוות תהליך של אבל על כך שילדם אינו הילד שקיוו לו. יכולים לצופף גם רגשות אשם על כי התנהגותם והחלטות שקיבלו במהלך השנים, תרמו להתפרצות המחלה. יכול להתעורר חשש שהמחלה גנטית ועלולה להתפרץ אצל בני משפחה נוספים. הורים מעלים דאגות לגבי ההתמודדות של ילדיהם בבגרות. שאלות לגבי מידת העצמאות והתלות בהורים, או מי יטפל ביילדיהם כשהם לא יוכלו מעסיקות הורים ומדירות שינה מעיניהם.

חשוב להדגיש, תפקיד המטפל העיקרי עלול לגרום לשחיקה, לשנות את מערכת היחסים בתוך המשפחה, ולגרום לחוסר אמון ותחושה שאין על מי לסמוך.

אחים מתמודדים אף הם עם מגוון רגשות שיכולים לבלבל. הם יכולים להרגיש אחריות כלפי המתמודד/ת וכלפי ההורים הנושאים בנטל ולנסות להקל ואף לפצות. לצד זאת, הם עלולים להרגיש אשמה ולייחס להתנהגות שלהם תרומה להתפרצות או החמרת המצב הנפשי של המתמודדים. פעמים רבות, יתעוררו אצל אחים רגשות כעס וקינאה במתמודד/ת בשל תשומת הלב המופנית אליו על ידי ההורים, או משאבים כלכליים המושקעים בו.

בני זוג של מתמודדים עוברים תהליך רגשי של עיבוד השינוי בזוגיות ובתכניות לעתיד. ההשלכות יכולות להיות באיזון הזוגי, בתפקידי ההורות המשותפת, ובפגיעה בהדדיות בקשר וכניסה לתפקיד של מטפל עיקרי. בקשר יכולים להופיע רגשות עוצמתיים כמו רצון בפרידה וחרטה על הזוגיות, דחייה, בדידות, בושה, רחמים, חוסר אונים, כעס ורגשות אשמה.

חשוב לדעת כי יש אפשרות לפנות לקבלת תמיכה ועזרה בהתמודדות עם רגשות מורכבים, מציאות ומצב משפחתי משתנה, יחס החברה והשלכות לעתיד.

לייעוץ והכוונה לבני המשפחה ניתן לפנות לגורמים הבאים הנותנים תמיכה לבני המשפחה, מסייעים להפחית את החשש מהסטיגמה ונותנים כלים להתמודדות:

- ◀ הצוות המטפל
- ◀ עמותות המופעלות על ידי ולמען בני משפחה של מתמודדים
- ◀ מרכזי יעוץ ותמיכה למשפחות מתמודדים

מרכזי הייעוץ יכולים לסייע ולתת הכוונה לפתרונות בתחום רשת תמיכה למשפחות ולמתמודדים, יעוץ משפטי ועוד. המרכזים פועלים במימון ובפיקוח משרד הבריאות והשירותים בהם ניתנים ללא תשלום וללא צורך בהכרה של המתמודד בביטוח לאומי או סל שיקום.

**מידע נוסף על מרכזי תמיכה ועמותות תמצאו בפרק על עמותות וייעוץ משפטי.**

# שאלות ותשובות

## האם הוא/היא "עושה לי כוונה"?

**תשובה:** לעיתים נראה למתבונן מן הצד, כי התנהגות ותגובות המתמודדים הינם בשליטה וכי המתמודדים יכולים לבחור את תגובתם. אמנם בחולי נפשי השינוי אינו בולט מבחינה גופנית חיצונית, אולם חשוב לזכור כי המחלה משפיעה על שיפוט והתנהגות.

פעמים רבות התנהגויות שנתפסות כמכוונות (כמו התפרצות זעם עוצמתית, הסתגרות, הימנעות מפעולות שגרתיות, חוסר היגיינה ועוד), הינן ביטוי של המחלה ואינן בשליטה.

## כיצד להשיג את שיתוף הפעולה של המתמודדים?

**תשובה:** השגת שיתוף פעולה יכולה להיות על ידי הפחתת קונפליקטים או התמודדות מיטיבה עם קונפליקטים שעולים. בדרך כלל שיח שמכוון לעזרה ופחות לביקורתיות, מאפשר שיתוף פעולה והתמודדות טובה יותר.

להלן כמה דגשים היכולים לסייע:

1. חשוב שהתקשורת השגרתית עם המתמודדים תהיה 'בגובה העיניים', מבלי להתנשא או להתיילד.
2. מומלץ לדבר בפתיחות, גם על נושאים הקשורים למחלה ולקשיים. חשוב שהשיח יהיה מכבד, עם הצעות לפתרונות ולתמיכה במידת הצורך.
3. הדברים צריכים להיות מוצגים באופן בהיר, ישיר וממוקד ולהימנע מאירוניה וציניות.
4. מומלץ להימנע מביקורתיות כלפי ההתנהגות, ולא לנסות לשכנע את המתמודדים בטעותם. פעמים רבות ההתנהגות היא עדות למצוקה, עזרתכם להתמודד עם הקושי תעזור להשיג שיתוף פעולה.

## עד כמה לאפשר למתמודדים עצמאות בבגרותם או להישאר מעורבים?

**תשובה:** הורים מעוניינים במתן מיומנויות שמכוונות לעצמאות, אולם יחד עם זאת, להורים עצמם קשה לעתים לשחרר ולאפשר למתמודד לנהל אורח חיים עצמאי, מתוך דאגה אמתית וכנה ומחשבה שהוא זקוק להורה מלווה.

רמת התפקוד, מידת העצמאות והתלות באחר משפיעות על מידת המעורבות הנדרשת מהמשפחה בניהול חיי היומיום של המתמודדים. חשוב להשתדל לאפשר עצמאות במידה מבוקרת והדרגתית, ולהיות מודעים לצורך לקבל החלטות בתחומי חיים שונים וכחלק מתהליך הליווי של המתמודדים.

תחומים מרכזיים בהם מידת העצמאות צריכה להיבחן הם תעסוקה, מגורים, ניהול פיננסי, מפגשים חברתיים. למשל החלטה על מגורים בבית, בנפרד או במסגרת תומכת כמו הוסטל. לעיתים, בתחומים שונים, אצל המתמודד/ת תתקבל החלטה שונה לגבי מידת המעורבות הנדרשת מההורים, בהתאם למצבו של המתמודד ומידת התמיכה שהמשפחה יכולה להעניק.

חשוב שהורים יכירו את חוק האפוטרופוסות ואת האפשרות להיות תומכי החלטה או אפוטרופוסים או למנות אחד מאחיו של המתמודד או אף נציג שאינו בן משפחה. האפוטרופוס ייקח אחריות על החלטות הנוגעות לגופו ולרכושו של המתמודד בשיתוף המתמודד, ככל שניתן.

## איך כדאי להציג לאחים ובני משפחה נוספים את מצב בני המשפחה המתמודדים?

**תשובה:** התנהגות הנובעת מהתמודדות עם מחלת נפש משפיעה על כל בני המשפחה. אחים ואחיות יכולים לחוש קנאה במשאבים המוקצים למתמודד ואף כעס עליו או על ההורים בשל כך, בושה ורצון להסתרה, וכאב על הפגיעה בקשרים הבינאישיים שהיו.

יש להיות ערים לכך שלעתים אחים יחוו צורך לפצות את ההורים, יימנעו משיתוף בקשיים שלהם, או ייקחו תפקיד הורי.

כדאי לשתף את בני המשפחה במידע רלוונטי ובאופן מותאם אודות המחלה והסימפטומים העיקריים הנובעים ממנה.

להלן מספר נושאים עליהם מומלץ לדבר עם בני המשפחה:

1. התנהגויות ותגובות המתמודדים אינם בכוונה או בשליטת המתמודד.
2. המצב דורש מההורים לפנות משאבים לטובת הטיפול במתמודד.
3. ההחלטות הקשורות להתמודדות המשפחה מתקבלות מתוך מחשבה ושיקול דעת.
4. קיימות אפשרויות לטיפול ולתמיכה במתמודד ובבני המשפחה.
5. לתת לגיטימציה ולאפשר שיחה על מגוון הרגשות כמו כעס, קנאה, אשמה, דאגה, בושה.



## איך לשוחח עם ילדים צעירים של מתמודדים המבטאים בושה ורצון "להסתיר" את ההורה?

**תשובה:** ילדים להורה מתמודד/ת למדים בשלב מוקדם כי ההורה שלהם הנו חריג ושהתנהגותו יכולה להיות לעתים בלתי צפויה. הבנה זו יכולה לעורר בושה ורתיעה מלהזמין חברים הביתה או מנוכחות ההורה בפעילויות חברתיות במסגרות בהן פעיל הילד (מסיבות בבית הספר, תנועת נוער, טקסים בצבא וכדומה). בנוסף ייתכנו רגשות אשמה על מחשבות כגון: "הלוואי והוא לא היה ההורה שלי", קנאה בילדים להם הורים בריאים ואימוץ דמויות הוריות מבין דמויות סמכותיות מוכרות.

מומלץ לדבר עם הילדים, באופן מותאם לגילם, על המצב והשפעותיו עליהם. מומלץ לקבל הדרכה מאנשי מקצוע כיצד יש לעשות זאת, על פי צרכי המשפחה.

להלן עיקרי המסרים עליהם מומלץ לדבר עם הילדים:

1. התנהגות ההורה נובעת ממחלה ואינה בכוונה או בשליטה, אינה מכוונת נגד הילדים ולא מעידה שההורה לא אוהב/ת אותם.
2. החמרה או שיפור במצב ההורה לא תלויה במעשיהם והתנהגותם של הילדים.
3. יש גורמי טיפול שתפקידם לעזור לשיפור המצב ולהקל על ההורה.
4. המבוגרים האחרים לוקחים אחריות על הטיפול בהורה (הורה נוסף או משפחה מורחבת), והילדים לא צריכים לדאוג לטיפול.
5. המצב במשפחה משפיע על הרגשת הילדים, ויכול לעורר רגשות לא נעימים של כעס, קנאה בילדים אחרים, דחייה של ההורה, ריחוק ואשמה על כל אלה.

# זכויות בסל הבריאות

## מהו סל הבריאות?

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994 קובע בין היתר את השירותים הרפואיים שאותם זכאים לקבל מבוטחי קופות החולים בישראל ואשר נכללים ב"סל שירותי הבריאות". השירותים הרפואיים כוללים תרופות, אביזרים רפואיים, בדיקות, טיפולים ועוד.

סל השירותים בתחום בריאות הנפש ניתן בכפוף לאבחנה פסיכיאטרית. המלצה לסוג ומשך הטיפול ייקבעו על ידי הצוות המטפל לפי שיקול דעת מקצועי. הטיפול בזכאים ניתן במסגרות שונות ומותאם לצרכי המטופלים.

### שירותי בריאות הנפש בכללית:

**1.** מרפאות בריאות נפש רב מקצועיות הכוללות אנשי צוות מתחומי הפסיכיאטריה, פסיכולוגיה, עבודה סוציאלית וסיעוד. ישנן מרפאות בקהילה ובבתי החולים המופעלות על ידי הכללית, משרד הבריאות וספקים.

השירותים ניתנים לפי שיקול דעת מקצועי וכוללים: הערכה ראשונית/תקופתית לקביעת תכנית טיפול, טיפול ומעקב פסיכיאטרי תרופתי, פסיכותרפיה פרטנית וקבוצתית, הדרכה של משפחת המטופל, ביקור בית והערכה פסיכודיאגנוסטית.

**הפניה:** נדרשת הפניה של רופא המשפחה או רופא יועץ אחר.

**תשלום:** במרפאות בתי חולים או מרפאות מחוץ לכללית נדרש תשלום עבור טופס 17. במרפאות הכללית נדרש תשלום רבעוני עבור ביקור אצל רופא.

**2.** שירותי ייעוץ פסיכיאטרי במרפאות לרפואת משפחה (ראשוניות).

**הפניה:** פניה עצמית או בהמלצת גורם מטפל. תיאום התור דרך משרד המרפאה.

**תשלום:** נדרש תשלום רבעוני עבור ביקור אצל רופא.

**3.** שירותי פסיכותרפיה על ידי מטפלים עצמאיים. השירות ניתן על ידי מטפלים בתחום בריאות הנפש (פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ופסיכיאטרים) שנמצאים בהסכם מתן שירותים עם הכללית במרפאות פרטיות.

**הפניה:** פניה עצמית למפגש ראשון לצורך הערכה והמלצה להמשך טיפול, רשימת המטפלים נמצאת באתר הכללית.

**תשלום:** השתתפות עצמית למפגש ראשון ולמפגשי המשך, בכפוף לתעריפי סל השירותים, המתעדכנים מעת לעת.

## זכויות נוספות בסל הבריאות

השירותים ניתנים למטופלים על פי שיקול דעת מקצועי של הצוות המטפל.

### נזע חשמלי

#### מהו השירות?

טיפול פסיכיאטרי באמצעות זרם חשמלי.

#### מה זה נזע חשמלי?

טיפול ביולוגי מוחי הניתן בהתוויה לבעיות פסיכיאטריות כמו דיכאון קשה שאינו מגיב לתרופות, מצבים קטטוניים או אובדנות קשה. במהלך הטיפול, שנעשה תחת הרדמה מלאה וניטור רפואי צמוד, מעוררים מצב פרכוסי מוחי זמני וחולף באמצעות גירוי חשמלי קצר דרך הגולגולת. (הטיפול נעשה במסגרת אשפוז יום אמבולטורי).

#### מה כולל השירות?

- בדיקת רופא.
- הרדמה כללית.
- ביצוע הטיפול.
- השגחה בהתאם לתקנות.

#### איך מקבלים את השירות?

יש לקבל הפניה מחדר מיון או ממרפאה אמבולטורית של בית חולים או ממרפאת בריאות הנפש.

שימו לב: השירות לא ניתן כחלק מסדרת הטיפולים (מנוי) בתחום בריאות הנפש.

## אשפוז יום פסיכיאטרי למבוגרים

### מהו השירות?

תכנית טיפולים בתחום בריאות הנפש למבוגרים מגיל 18 ומעלה.

### מה כולל השירות?

תכנית טיפולים בתחום בריאות הנפש שנעשית במסגרת מחלקת אשפוז יום (אמבולטורי) או במסגרת מחלקת אשפוז במרכז רפואי לבריאות הנפש או בבית חולים כללי.

### למי מיועד השירות?

למבוגר מגיל 18 ומעלה.

### מהי מטרת הטיפולים?

להמשיך את תהליך הטפול והשיקום של המטופל בתום תקופת אשפוז מלאה ולהכין אותו לקראת השחרור ולקראת השתלבות בקהילה.

## טיפול יום מבוגרים

### מהו השירות?

טיפול יום במוסד לבריאות הנפש למטופלים בגילאי 18 ומעלה.

### מה כולל השירות?

טיפול בתחום בריאות הנפש הניתן במסגרת של אשפוז יום (אמבולטורית). הטיפול ניתן ביחידות טיפול יום במרכז הרפואי לבריאות הנפש, בבית חולים כללי או במרפאות.

### למי מיועד השירות?

למבוגר מגיל 18 ומעלה שהופנה דרך המרפאה שלו ו/או שלא היה באשפוז פסיכיאטרי או באשפוז יום פסיכיאטרי בשלושת החודשים האחרונים לפני מתן הטיפול.

### איזה טיפול ניתן?

הטיפול כולל את מגוון הטיפולים של בריאות הנפש, כמו: אבחון וטיפול פסיכיאטרי, פסיכוסוציאלי או קוגניטיבית-תפקודי.

### **מה מטרת הטיפולים במהלך האשפוז?**

להביא לאיזון נפשי ותפקודי של המטופל, למנוע אשפוז מלא (half-way in), לאפשר המשך חיים בקהילה תוך השתתפות בתוכניות של טיפול ושיקום.

### **מהם תנאי האשפוז?**

הטיפול הוא לכל הפחות 6 שעות ביום והוא כולל את כל השירותים שניתנים למטופל, לרבות מזון וציוד רפואי, ולמעט תרופות, נע חשמלי וגרייה מוחית מגנטית (TMS).

### **איך מקבלים את השירות?**

1. יש לקבל הפניה מהרופא המטפל.

2. יש לקבל אישור מבקר פסיכיאטרי או נציג מטעמו.

שימו לב: לא ניתן לקבל באותו היום גם טיפול יום פסיכיאטרי וגם טיפול בנזע חשמלי.

# זכויות כלליות

## בביטוח לאומי, משרד הבריאות, משרדי ממשלה נוספים ורשויות מקומיות

חשוב שתהיו מודעים לזכויות המגיעות לכם עפ"י חוק. המידע המפורט בפרק זה, אינו מהווה תחליף לייעוץ מקצועי.

### זכויות במוסד לביטוח לאומי

#### קצבת נכות כללית

##### כללי

המוסד לביטוח לאומי הנו הגוף האחראי על קביעת סוג הנכות, בין אם מדובר בנכות פיזית ובין אם בנכות נפשית.

את קצבת הנכות, זכאים לקבל:

- ◀ תושבי ישראל מעל גיל 18, שאינם יכולים לעבוד או שיכולתם לעבוד פחתה ב-50% לפחות בגלל מצבם הבריאותי (כולל עקר/ת בית).
- ◀ שחלפו 90 יום ממועד תחילת אי הכושר להשתכר או לתפקד במשק הבית.
- ◀ ניתן לקבל תשלום רטרואקטיבי עבור 12 חודשים לכל היותר מיום הגשת התביעה.

שיעור אחוזי הנכות נקבע על פי קריטריונים רפואיים ותפקודיים. זכאים לקצבה מי שנקבעו להם 40% נכות רפואית לפחות.

#### הליך קביעת קצבת נכות כללית:

את התביעה לקצבה יגיש המבוטח בעצמו, אלא אם כן בשל מצבו הגופני או הנפשי הוא אינו מסוגל, אז יעשה זאת במקומו אדם המייצג אותו (בן משפחה, אפוטרופוס, או אדם אחר אשר מייצג אותו).

#### אופן הגשת התביעה

התביעה לקצבה תוגש בצירוף מסמכים רפואיים, אישורים על עבודה ושכר וכל מסמך שיש בו כדי להוכיח את הזכאות לקצבה.

לטופס התביעה לקצבת נכות יצורפו המסמכים הבאים:

1. מסמכים רפואיים - סיכומי מחלה או כל מסמך רפואי אחר בדבר המצב הרפואי, המפרטים את כל המחלות הכרוניות, הטיפולים והתרופות.
2. עובד שכיר צריך להגיש את המסמכים הבאים:
  - ◀ 15 תלושי שכר אחרונים או אישור המעסיק על תקופת העסקה ושכר (האישור למילוי נמצא בטופס התביעה).
  - ◀ פירוט תשלומי דמי מחלה מהמעסיק בעבור תקופות שבהן לא עבד ב-15 חודשים האחרונים, או אישור תשלום כלשהו מחברת ביטוח עקב מחלה.
3. עובד עצמאי - העובד יצהיר במחלקת הביטוח והגבייה בסניף הביטוח הלאומי על השינויים בעבודתו ובהכנסותיו עקב הנכות, ויגיש את השומות האחרונות שנמצאות בידו.
4. הכנסות שלא מעבודה - פירוט הכנסות ב-15 החודשים האחרונים כמו פנסיה (בישראל או מחו"ל), תמיכה לתלמידי ישיבות, תגמול ממשד הביטחון, תשלומים מחברת ביטוח, הכנסה הונית, מזונות, הכנסה מרכוש וכדומה.
5. יפוי כוח - אם מגיש התביעה והחתום עליה אינו תובע הקצבה עצמו, יש צורך למלא גם את סעיף 4 בטופס התביעה ולצרף יפוי כוח, צו אפטרופוס או פסק דין.

ניתן לסמן על גבי הטופס (סעיף 3) הסכמה לקביעת אחוזי נכות עפ"י מסמכים רפואיים בלבד ללא צורך להגיע לוועדה.

### **את התביעה והמסמכים ניתן לשלוח באחת מהדרכים הבאות:**

1. מילוי טופס תביעה מקוון באתר הביטוח הלאומי ושליחתו בצירוף המסמכים הנוספים אונליין.
  2. מילוי טופס תביעה באופן ידני (את הטופס ניתן למצוא בפרק טפסים שימושיים בחוברת זו), ושליחתו בצירוף המסמכים הנוספים באמצעות אתר האינטרנט של הביטוח הלאומי או בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לאחר הגשת התביעה, במידת הצורך, תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית, ובמקרה של מצב רפואי קשה התביעה תטופל במסלול מהיר.

### **ניתן למלא את התביעה ולשלוח את כל המסמכים באמצעות נציג שירות בטלפון 3928\* הנציג ימלא את התביעה בטלפון, ויסייע בהגשת המסמכים.**

במרכזי "יד מכוונת", תוכלו לקבל ללא תשלום ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית. לקביעת פגישה חייגו 2496\*. השירות במרכזי "יד מכוונת" כולל: סיוע בהכנת התיק הרפואי, הסבר על תהליך הטיפול בוועדה הרפואית, מתן הדרכה אישית על ההתנהלות וההופעה בוועדה הרפואית.

השירות ניתן על ידי צוות מקצועי של רופאים מומחים בכירים בתחומים שונים כגון: רפואת משפחה, רפואה פנימית, רפואה תעסוקתית, אורתופדיה ופסיכיאטריה ומזכירות רפואיות.

## הליך הדין בוועדה

ניתן להגיע לוועדה עם מלווה שיסייע לנבדק (קרוב משפחה, חבר, עורך דין, מתרגם וכו'). חשוב להגיע בשעה שנקבעה בהזמנה.

### מהי ועדה רפואית?

ועדה רפואית מורכבת מרופאים המתמחים בתחום הרפואי עליו הצהרת במסמכים שהגשת ומזכיר ישיבה, שתפקידו לדאוג לשמירה על זכויותיך ולרשום את דוח הוועדה. את חוות הדעת של הרופאים המומחים שבדקו אותך מעבירים ל"רופא מוסמך", הקובע את אחוז הנכות הרפואית שלך מכל המחלות ביחד.

### מה עליך להביא לוועדה?

1. תעודה זהות או תעודה אחרת עם תמונה
2. צילום של מסמכים רפואיים נוספים שאינם בתיק ולא הוגשו בעבר.
3. מכתב שבו מפורטות התלונות הרפואיות - באפשרותך להכין מראש מסמך שבו מפורטות התלונות הרפואיות שלך והקשיים שלך לתפקד, ולהגישו בוועדה לרופא או למזכיר.
4. פרטי בנק - אם לא ציינת פרטי חשבון בנק בטופס התביעה לנכות, או שלא המצאת המחאה מבוטלת כנדרש, לצורך אימות החשבון, נא הבא את הנדרש למזכיר הישיבה, כדי שהמוסד יוכל לשלם לך את המגיע לך.
5. מלווה - ניתן להגיע עם מלווה שיסייע לך (קרוב משפחה, חבר, מתרגם, עו"ד וכד').

### הגדרת הבעיות הרפואיות

בוועדה תתבקש לפרט את המחלות שמהן אתה סובל. כאן עליך לפרט את כל התלונות שלך. אם יש לך קושי לתפקד בעבודה או שאתה זקוק לעזרה של אדם אחר בביצוע פעולות היום יום: רחצה, הלבשה, נייחות בתוך הבית, אכילה, שמירה על היגיינה אישית, אנא ספר עליהם לרופא.

כמו כן, יתכן והרופא יבקש לערוך לך בדיקה גופנית, מותר לך לבקש מהוועדה להכניס מלווה מטעמך שיהיה נוכח בעת הבדיקה הגופנית.

### סיכום הדין וקביעת אחוז הנכות הרפואית

לאחר שתעזוב את חדר הוועדה, הרופא יכתיב למזכיר את הממצאים הרפואיים שמצא, ויקבע את החלטתו בהתאם למסמכים הרפואיים שבתיק, התלונות שלך והבדיקה שערך.



הרופא קובע את אחוז הנכות לפי רשימת הליקויים שבספר המבחנים. כמו כן יקבע את תאריך תחילת אחוז הנכות הרפואית, ואם הנכות הרפואית היא לתקופה זמנית או קבועה (לצמיתות).

### הפנייה לבדיקות נוספות

אם לדעת הוועדה עליך לעבור בדיקות רפואיות נוספות או להמציא מסמכים רפואיים נוספים, היא לא תקבע לך עדיין אחוז נכות רפואית, אלא תמתין לחומר הנוסף. במקרה כזה יישלח אליך מכתב שבו יפורט מה מבקשת הוועדה.

אם מדובר במסמכים רפואיים נוספים, תתבקש להמציא אותם, ואם בבדיקות רפואיות נוספות, תתבקש לבצע את הבדיקות בקופת החולים שבה אתה חבר. עם קבלת החומר המבוקש, תקבע לך הוועדה את אחוז הנכות הרפואית, אך לא תצטרך להופיע לוועדה פעם נוספת.

ההודעה הכתובה של המוסד בדבר אחוז הנכות הרפואית או דרגת אי הכושר תשלח לתובע בדואר, כמו כן ניתן לראות את החלטות הוועדה באזור האישי באתר הביטוח הלאומי.

### **תשלום קצבת נכות במהלך אשפוז (חלוקת קצבה)**

קצבת נכות כללית משמשת למימון הוצאות נכים השוהים במסגרת מוסדית ציבורית, או בתנאי אשפוז מלאים במחלקה פסיכיאטרית, למעלה מ-90 יום.

במצבים אלו מרבית הקצבה תועבר ישירות למסגרת המטפלת ויתרת הסכום תופקד בחשבוננו של הנכה. שיעורי חלוקת הקצבה משתנים בהתאם לזכאות הנכה לקצבה, לתוספת עבור בן/בת הזוג והילדים ואופי האשפוז.

### **קצבת שירותים מיוחדים**

לקצבה לשירותים מיוחדים זכאים גברים ונשים מגיל 18 ועד גיל פרישה המבוטחים בביטוח הלאומי וזקוקים לעזרה רבה של אדם אחר בפעולות היום-יום, או שהם זקוקים להשגחה מתמדת למניעת סכנת חיים לעצמם או זולתם.

הקצבה נועדה לממן שירותי טיפול בבית הנכה בקהילה. על כן, נכים השוהים במוסד בו ניתנים שירותי רפואה, סיעוד או שיקום, אינם זכאים לקצבת שירותים מיוחדים.

## תנאי הזכאות לגמלת שירותים מיוחדים

א. זכאות לגמלת נכות כללית וקביעת נכות רפואית בשיעור של 60% לפחות לעניין שירותים מיוחדים, או קביעת נכות רפואית בשיעור של 75% במידה ואינו זכאי לקצבת הנכות. ובלבד:

- ◀ שאינו מקבל הטבות על פי הסכם נידות, בתנאים שקבע הביטוח הלאומי
- ◀ שאינו מקבל תשלום בעד טיפול אישי או בעד עזרה בבית על פי חוק כשלהו
- ◀ הוא אינו נמצא במוסד שניתנים בו שירותי רפואה, סיעוד או שיקום
- ◀ הכנסתו מעבודה אינה עולה על פי 5 פעמים מהשכר הממוצע

ב. צורך בעזרה או השגחה רבה של אדם אחר בתחומים הבאים (מבחן התלות):

- ◀ פעולות היום-יום הבסיסיות: נידות בתוך הבית, רחצה, הלבשה, אכילה והיגיינה אישית
- ◀ פעולות משק בית כגון: הכנת מזון, הפעלת מכשירי חשמל, אחזקת הבית, טיפול תרופתי, ביצוע קניות וסידורים מוסדיים וכספיים
- ◀ צורך בהשגחה מתמדת למניעת סכנת חיים לעצמו או לאחרים

ג. גיל: מגיל 18 ועד 6 חודשים לאחר גיל פרישה.

## הליך בדיקת זכאות לגמלת שירותים מיוחדים:

- ◀ ניתן לתבוע לאחר קביעת נכות רפואית כללית, או במקביל להגשת התביעה לקצבת נכות כללית.
- ◀ יש להגיש טופס תביעה לקצבת שירותים מיוחדים בצירוף מסמכים רפואיים וכל מסמך אחר אשר יוכיח את הצורך בעזרה והשגחה. (את הטופס ניתן למצוא בפרק טפסים שימושיים בחוברת זו)
- ◀ לאחר הגשת התביעה, יוזמן התובע לוועדה רפואית לשירותים מיוחדים. במקרים מסויימים, התובע ייבדק גם בביתו בידי איש מקצוע על מנת להעריך את מידת תלותו בזולת.
- ◀ החלטת המוסד לביטוח לאומי תישלח בדואר

**מי שנמצא זכאי לקבלת קצבה לשירותים מיוחדים בעת הגיעו לגיל פרישה, יימשך תשלום הקצבה לאחר גיל הפרישה, כל עוד הוא עונה לתנאי הזכאות.**

## ערעורים על קצבאות נכות ושירותים מיוחדים

### ערעור על החלטות וועדה רפואית וועדת ערעורים:

#### ערעור על אחוז הנכות הרפואית

- מי שנקבעו לו פחות מ-80% נכות רפואית, או דרגת אי-כושר שאינה עולה על 74%, רשאי לערער על אחוז הנכות הרפואית לפני ועדה רפואית לעררים.
- את הערר יש למסור לסניף המוסד לביטוח לאומי שבמקום המגורים, בכתב ובצירוף נימוקים, בתוך 60 ימים מתאריך קבלת ההודעה הכתובה של המוסד בדבר אחוז הנכות הרפואית.
- הוועדה הרפואית לעררים רשאית לאשר את אחוז הנכות הרפואית שקבע הרופא המוסמך או לשנותו (להגדילו או להפחיתו).
- החלטת הוועדה הרפואית לעררים סופית, ואין לערער עליה.

#### ערעור על דרגת אי-הכושר

- מי שנקבע לגביו שלא איבד מכושרו להשתכר או שאיבד פחות מ 50% מכושרו להשתכר, וכן מי שנקבעה לו דרגת אי-כושר שאינה עולה על 74%, רשאים לערער על דרגת אי-הכושר לפני ועדה לעררים.
- את הערר יש למסור לסניף המוסד לביטוח לאומי שבמקום המגורים, בכתב ובצירוף נימוקים, בתוך 60 ימים מתאריך קבלת ההודעה הכתובה של המוסד על ההחלטה בדבר דרגת אי-הכושר.
- הוועדה לעררים רשאית לאשר את דרגת אי-הכושר שקבע פקיד התביעות או לשנותה (להגדילה או להפחיתה).
- החלטת הוועדה לעררים סופית, ואין לערער עליה.

#### ערעור לוועדת עררים לשירותים מיוחדים

- יכול להגיש מי שאינו שבע רצון מהחלטת המוסד לביטוח לאומי בגלל גובה הקצבה שאושרה לו, או משום שתביעתו נדחתה וכן אם אינו שבע רצון מתאריך תחילת הזכאות לקצבה שאושרה לו, ובתנאי שהוא אחד מאלה:
- מקבל קצבת נכות כללית ובעל נכות רפואית בשיעור 60% לפחות.
  - אינו מקבל קצבת נכות כללית, ובעל נכות רפואית בשיעור של 75% לפחות.
  - מי שהיה זכאי לקצבה לשירותים מיוחדים לפני שהגיע לגיל פרישה.
- ערר מנומק בכתב יש להגיש בתוך 90 יום מיום שהתקבל מכתב ההחלטה. את הערר יש להגיש בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום המגורים.
- ערעור לוועדה רפואית לעררים בנכות כללית יכול להגיש בתוך 30 יום, מי שתובע קצבה לשירותים מיוחדים ואינו בעל נכות רפואית בשיעורים המזכים בקצבה כמפורט למעלה.

## ערעור לבית הדין האזורי לעבודה

על החלטה של פקיד התביעות שאין עניינה בדרגת אי-הכושר, כגון על החלטתו בדבר תקופות העבודה של המבוטח, גילו, השכלתו, הכנסותיו מעבודה או שלא מעבודה - אפשר לערער לפני בית הדין האזורי לעבודה. את הערעור יש למסור לבית הדין בתוך 12 חודשים מתאריך קבלת ההודעה הכתובה של פקיד התביעות בדבר החלטתו. החלטת הוועדה לעררים, בנושאים של אחוזי נכות ודרגת אי כושר, הינה סופית. יחד עם זאת, בשאלות חוק בלבד ניתן לערער לפני בית הדין האזורי לעבודה. את הערעור יש למסור לבית הדין בתוך 60 ימים מתאריך קבלת ההודעה הכתובה של המוסד בדבר החלטת הוועדה לעררים.

## **בקשה לבדיקה מחדש**

### מהי בדיקה מחדש?

בדיקה של מצבך הרפואי לצורך קביעה מחדש של אחוזי הנכות הרפואית שלך ושל כושרך לעבוד.

חשוב לדעת, שגם במקרים שהמבוטח הוא שמבקש בדיקה מחדש, רשאי הביטוח הלאומי להפחית את אחוזי הנכות הרפואית שנקבעו לו בעבר, וכן את דרגת אי-הכושר.

### מתי תוכל לבקש בדיקה מחדש?

אפשר לבדוק מחדש את מצבך הרפואי ואת כושרך לעבוד, אם חלפו 6 חודשים מהקביעה האחרונה, ואתה עונה על אחד מהתנאים הבאים:

- ◀ תביעתך לקבלת קצבת נכות נדחתה, בגלל שנקבעו לך אחוזי נכות רפואית נמוכים, שאינם מזכים בקצבה.
  - ◀ תביעתך לקבלת קצבת נכות נדחתה, בגלל שנקבעה לך דרגה נמוכה של אי-כושר לעבוד, שאינה מזכה אותך בקצבה.
  - ◀ אושרה לך קצבת נכות חלקית, בגלל שנקבעה לך דרגת אי-כושר לעבוד חלקית. הערה: אם תביעתך לקבלת קצבת נכות נדחתה מסיבה אחרת, כגון הכנסות גבוהות, והכנסותיך פחתו, תוכל להגיש תביעה חוזרת ללא המתנה.
- תוכל לבקש בדיקה מחדש של אחוזי הנכות הרפואית בלבד, גם אם עדיין לא חלפו 6 חודשים, אם מצבך הרפואי החמיר, ואתה עונה על כל התנאים האלה:

1. נקבעה לך דרגת אי-כושר בשיעור של 75% או 100%
2. חלפו 12 חודשים מהבדיקה האחרונה.
3. רופא מוסמך מטעם הביטוח הלאומי קבע כי חלה החמרה במצבך הרפואי.
4. אינך מאושפז במוסד.

## חוק לרון - חוק המאפשר לבעלי אחוזי נכות רפואית לעבוד מבלי לפגוע בהכנסתם

אם אתה מקבל קצבת נכות, תוכל לצאת לעבוד, להגדיל את סכום ההכנסה מעבודה ולהמשיך לקבל קצבה.

ההכנסה הכוללת שלך מעבודה ומקצבה תהיה תמיד גבוהה יותר מסכום הקצבה בלבד, לפיכך משתלם לך לצאת לעבוד!

אם אתה עובד ורוצה להתחיל לקבל קצבת נכות, אתה עשוי להיות זכאי לקצבה בנוסף לשכר מהעבודה (הרחבה ניתן לראות באתר הביטוח הלאומי - מחשבוני - נכות - חישוב סכום קצבת נכות כללית

קצבת הנכות תשולם לך בהתאם להכנסותיך, סכום ההכנסה המשפיע על הקצבה משתנה בהתאם לדרגת אי-הכושר

### חשוב שתדע:

- ◀ דרגת אי-הכושר שנקבעה לך תישאר כפי שהיא, גם אם תתחיל לעבוד.
- ◀ אם הפסקת לעבוד, תוכל לחזור ולקבל קצבת נכות, כפי שקיבלת לפני שהתחלת לעבוד, מבלי להיבדק על ידי ועדה רפואית - כל עוד דרגת אי הכושר שנקבעה לך בתוקף.

## שיקום מקצועי באמצעות הביטוח הלאומי

מטרת השיקום המקצועי היא השתלבות בעבודה בשוק הפתוח בעזרת הקניית מקצוע מתאים ו/או סיוע בהשמה בעבודה. הזכאות לשיקום מקצועי קיימת לצד הזכאות לסיוע בתעסוקה דרך סל שיקום.

### מי זכאי?

כללי: לשיקום מקצועי זכאי מי שוועדה רפואית של הביטוח הלאומי קבעה לו לפחות 20% נכות, והוא עומד בתנאים הבאים:

1. עקב השלכות תפקודיות הנובעות מנכותו הוא אינו מסוגל לחזור לעבודתו או לעבוד בעבודה מתאימה אחרת התואמת את השכלתו, כישוריו וניסיונו התעסוקתי הקודם.
2. הוא זקוק להכשרה מקצועית, על מנת להשתלב בעולם העבודה.
3. הוא מתאים לשיקום מקצועי שבסיומו יוכל להשתלב בעבודה מפרנסת בשוק העבודה החופשי.

גיל הזכאות לשיקום: 18 ו-3 חודשים ועד לגיל פרישה.

נכה שאינו מתאים לשיקום מקצועי, תיבדק האפשרות להעביר את הזכאות שלו לבן/בת הזוג, בתנאי שטרם הגיע לגיל פרישה, הוא מתגורר עם הנכה באופן קבוע ומשולמת בעדו תוספת בקצבת הנכות.

מה כולל שירות השיקום המקצועי?

שירותי השיקום ניתנים בדרכים מגוונות: טיפול פרטני, סדנאות, קבוצות ופעילות קהילתית.

עובד השיקום מלווה את המועמד לשיקום בכל שלבי התהליך, סיוע באבחון והכוונה מקצועית ושירותי השמה.

לימודי המקצוע מתקיימים במגוון מוסדות לימוד מוכרים, המקנים לבוגריהם תעודה מקצועית או תואר אקדמי.

מי שאושרה לו תוכנית שיקום, עשוי להיות זכאי לתשלום דמי שיקום בזמן ההכשרה או הלימודים (בעבור הוצאות הקשורות בלימודים כמו שכר לימוד, הוצאות נסיעה, ספרים ומכשירי לימוד, שכר דירה, כלכלה והנגשה ותמיכה בלמידה - הסיוע הינו ברמה של השתתפות ולא נועד לכסות בכל המקרים את מלוא העלויות) - דמי השיקום משולמים לזכאי לשיקום על פי החוק, הלומד 16 שעות בשבוע לפחות בהכשרה מקצועית.

- ◀ מי שאינו מקבל קצבת נכות - זכאי לדמי שיקום בסכום השווה לקצבת הנכות המשולמת לבעלי דרגת נכות של 100%, בהתאם להרכב המשפחה.
- ◀ מי שמקבל קצבת נכות חלקית - דמי השיקום יהוו השלמה עד סכום הקצבה המשולמת לבעלי דרגת נכות של 100%, לפי הרכב המשפחה.
- ◀ מי שמקבל קצבת נכות מלאה - לא יהיה זכאי לדמי שיקום.

איך מגישים תביעה?

מגישים טופס תביעה למתן שיקום מקצועי למחלקת השיקום בסניף הביטוח הלאומי הקרוב למקום מגוריך (את הטופס ניתן למצוא בפרק טפסים שימושיים בחוברת זו).

## זכויות במשרד הבריאות

### שיקום ושילוב בקהילה

#### כללי

חוק שיקום נכי נפש בקהילה (התש"ס-2000) מסייע ומעניק למתמודדים מגוון מסלולי שיקום, במטרה לאפשר להם להשיג ככל הניתן עצמאות תפקודית ואיכות חיים תוך שמירה על כבודם ברוח חוק יסוד כבוד האדם וחירותו. הליך השיקום על פי החוק דורש שיתוף פעולה רב מצד המתמודד ומשפחתו. פעמים רבות שירותי השיקום מהווים חלק אינטגרלי מהטיפול, מסייעים ליצירת שינוי ותורמים לשיפור איכות החיים ולהשתלבות בקהילה.

#### סל שיקום

מערך השיקום בקהילה מציע סל שירותי שיקום בתחומי החיים המרכזיים ובהם תעסוקה, דיור, השכלה, חברה ופנאי, תיאום טיפול, טיפולי שניים ושירותים למשפחות. את הזכאות לשירותי סל שיקום ניתן לקבל ממשרד הבריאות, באמצעות וועדות השיקום האזוריות ("ועדת סל שיקום"). ועדת השיקום קובעת האם אדם יכול לקבל סל שיקום ואלו שירותים יכללו בתוכנית השיקום האישית.

#### מי יכול לפנות לוועדת סל שיקום?

תושב ישראל מעל גיל 18, אשר נקבעה לו נכות רפואית על רקע נפשי (על פי סעיפים 33,34) בשיעור של 40% לפחות, לפי תקנות ביטוח לאומי.

כמו כן, מי שאינו מעוניין בהכרה כנכה בביטוח לאומי על סעיף נפשי, יכול לבקש סל שיקום במסלול אישי בליווי פסיכיאטר מורשה (רשימה עדכנית ניתן למצוא באתר משה"ב < אגף בריאות הנפש > מערך השיקום).

הועדה הרפואית של ביטוח לאומי קובעת את הנכות הנפשית למטרת סל שיקום, במסגרת הליך תביעה להכרה בנכות כללית. אפשרות נוספת היא פנייה לפסיכיאטר שהוסמך לקביעת נכות נפשית על ידי משרד הבריאות.

**כדאי לדעת: קביעת נכות נפשית על ידי פסיכיאטר תקפה לקבלת סל שיקום בלבד ואינה מקנה זכאות לגמלת נכות כללית והטבות.**

## איך פונים לוועדת סל שיקום?

אדם המעוניין בסל שיקום ועומד בתנאי הזכאות, יכול לפנות לוועדת השיקום באופן עצמאי או בעזרתו של גורם מקצועי בבריאות הנפש, או באמצעות המחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות.

בשלב ראשון, יש להבנות תכנית שיקום המפרטת את יעדי השיקום והתמיכה המבוקשת. יש לשלוח טפסי בקשה לאישור התכנית לוועדת השיקום האזורית, בצירוף האישורים הנדרשים.

לאחר קבלת הפנייה ובדיקתה, הפונה מוזמן לדיון בוועדה לצורך היכרות ותכנון תהליך השיקום. הוועדה דנה בתכנית השיקום, משתפת את הפונה בלבטיה ובהחלטתה בעל פה. אישור ההחלטה בכתב יישלח בהמשך בדואר.

לאחר קבלת האישור, הפונה בודק את המסגרות הקיימות ובוחר בזו המתאימה ביותר עבורו, בהתאם לאישורים שניתנו על ידי הוועדה.

## ערר על החלטת וועדת השיקום

במידה והחלטת הוועדה אינה מקובלת עליך, ניתן להגיש ערעור מנומק עד 45 יום מתאריך ההחלטה באמצעות קול הבריאות בטלפון: \*5400  
מידע נוסף על תהליך קבלת סל שיקום באתר משרד הבריאות: [www.health.gov.il](http://www.health.gov.il)  
דף הבית < נושאים < בריאות הנפש < שיקום בקהילה < קבלת סל שיקום

## אילו שירותים ניתן לקבל מסל שיקום?

### תחום התעסוקה

שירות השיקום התעסוקתי מאפשר תעסוקה המותאמת ליכולותיו ולרצונו של אדם המתמודד.

המתמודד יעבור אבחון לצורך השמה תעסוקתית ויפנה לאחד מהמסלולים הבאים:

- 1. תעסוקה מוגנת במועדון תעסוקתי ומפעל מוגן**, מיועדת למתמודדים הזקוקים להתאמה של המסגרת לצרכיהם ורמת תפקודם. ההתאמות התעסוקתיות מתבצעות בתחומים הבאים: היקף שעות הפעילות, קצב העבודה, הלחץ בעבודה, תקשורת הבין אישית, מגוון העבודות, רמת הקושי, והתאמה תרבותית למגזרים השונים.
- 2. תעסוקה נתמכת:** שירות המסייע להשמת מתמודדים במקומות עבודה בשוק החופשי. השירות כולל תמיכה במשתקם לאחר השמתו על מנת לסייע בקליטתו ובהישארותו לאורך זמן. במסגרת שירותי התעסוקה הנתמכת, מדריך תעסוקתי מסייע למשתקם להגדיר את המסגרת ותחום העבודה המתאימים ביותר לרצונותיו ויכולותיו. השירות כולל עבודה על מיומנויות רכות וחברתיות, חיפוש משרה ושילוב בעבודה.



**3.** יזמות עסקית: תמיכה וליווי שיקומי בפתיחת עסק עצמאי, הכוללים את הידע המקצועי הנדרש וסיוע המותאם לצרכי המתמודד כגון: הנגשת הידע, התמודדות עם לחץ שנובע מניהול עסק, הפניה לקבוצות תמיכה, מציאת פתרונות למצבים של החרפה במצב הנפשי ועוד.

**4.** צרכנים נותני שירות (עמית מומחה): פרויקט ייחודי במסגרתו יכולים מתמודדים המתאימים לכך, להפוך בעצמם לעובדי שיקום: מדריכים ומלווים של מתמודדים. בבסיס הפרויקט עומדת התפיסה, כי אנשים שחוו התמודדות נפשית יוכלו, בעזרת הכלים המקצועיים הנדרשים, לעזור למתמודדים אחרים.

**5.** מיזמים תעסוקתיים: מיזמים המופעלים על-ידי עמותות או חברות עסקיות, כדוגמת עגלות קפה בקניונים או דוכני מכירה שונים. למיזמים יש מלווים שיקומיים שמסייעים לעובדים להתמודד עם סביבת העבודה ותקשורת עם הקהל הרחב. המועסקים מקבלים דמי שיקום בהתאם לרווחים של המיזם.

## תחום הדיור

מטרת שרותי הדיור התומך הניתן במסגרת סל השיקום היא לשפר את המיומנויות לחיים עצמאיים בקהילה של מתמודדים, באמצעות תנאי דיור נאותים ומכבדים, תוך מתן תמיכה, סיוע ושמירה על קשר קבוע עם שירותי הקהילה.

הנחת היסוד העומדת בבסיס שירותי הדיור הינה, כי כל אדם יכול לגור באורח עצמאי בקהילה במידה שיקבל את התמיכה המתאימה. מערך הדיור התומך מאפשר לאנשים בוגרים להתגורר בנפרד ממשפחתם הגרעינית (הורים ואחים) ולפתח חיים עצמאיים תוך השתלבות בחברה.

### מסגרות לדיור נתמך:

- ◀ **הוסטל:** מסגרת מגורים משותפת לקבוצה של משתקמים החיים בבית אחד. מיועדת למתמודדים הזקוקים לליווי ותמיכה רבה של צוות מקצועי בהשתלבותם בקהילה. קיימים מספר סוגי הוסטלים והם נבדלים זה מזה בהיקף התמיכה המוצעת לדיירים ומאפייני אוכלוסיית היעד.
- ◀ **קהילה תומכת:** מודל דיור שיקומי שבמסגרתו הדיירים גרים בדירות עצמאיות בקהילה, בקרבה לבית מרכזי, המשמש מקום מפגש ובסיס לעבודת הצוות המקצועי. מודל זה מאפשר לדיירים עצמאות ופרטיות ומעודד השתלבות בקהילה, לצד ליווי מותאם אישית.
- ◀ **דיור מוגן:** דיור מוגן נועד למתמודדים המנהלים חיים עצמאיים בקהילה וזקוקים לליווי והדרכה של גורם מקצועי. ניתן לקבל את הליווי בבית המשתקם, גם במקרה שמתגורר לבד וגם אם מתגורר עם שותפים. שירות זה ניתן בתדירות ליווי משתנה, על פי הצורך והתוכנית השיקומית.

- ◀ שירות סומכות שיקומית: שירותי סמך כוללים הדרכה וליווי פרטניים, בדרך כלל בבית המשתקם, המכוונים לפיתוח מיומנויות יומיום וקידום עצמאות תפקודית בבית ובקהילה.
- ◀ עלות שכ"ד והוצאות מגורים על המשתקם. משרד הבריאות נותן את השירות המקצועי בלבד.

## תחום השכלה

שירות השלמת השכלה נועד לסייע למתמודדים לממש את יכולותיהם הלימודיות ולהשלים את השכלתם בהתאם לכישוריהם ורצונם. להשלמת השכלה יש חשיבות רבה מבחינה שיקומית: היא מגדילה את הסיכוי ביצירת הזדמנויות תעסוקתיות ותורמת לשיפור הדימוי והביטחון העצמי. במסגרת שירותי השלמת השכלה לומדים המשתקמים מיומנויות למידה, מיומנויות חברתיות, סגור עצמי והתמודדות עם מסגרת. לכל משתקם מוצמד מלווה השכלה שבוחן את צרכיו, את תחומי העניין שלו, את היכולות האינטלקטואליות שלו ואת מצבו הנפשי. בהתאם לממצאיו, מעניק המלווה למשתקם יעוץ ומסייע לו בבניית תכנית לימודים מתאימה.

מהן האופציות הקיימות למסלולי תכניות לימודים?

- ◀ שירות השלמת השכלה: התמיכה כוללת יעוץ והשתתפות במימון לימודי עברית לעולים, השלמת השכלה יסודית ותיכנית, השלמת בגרויות ויישומי מחשב.
- ◀ מכינה לקראת לימודים גבוהים: תכנית המכינה נועדה לסייע למתמודדים בהכנה ללימודים אקדמיים. התכנית משלבת בין תמיכה מקצועית להקניית ידע ומיומנויות אקדמיות.
- ◀ השכלה אקדמית נתמכת: שירות חונכות אישית התומך במתמודדים בהשתלבותם במוסדות להשכלה גבוהה, הסיוע מותאם להתמודדות עם אתגרים לימודיים, בינאישיים ומערכתיים במהלך הלימודים.

## חברה ופנאי

- תהליך שיקום חברתי מביא לשיפור איכות חיים ושילוב מיטבי של האדם בקהילה.
- ◀ חונכות שיקומית: ליווי חונכות פרטני שמטרתו קידום יעדים בתוכנית השיקום האישית, בדגש על מיומנויות חברתיות והעשרת שעות הפנאי בקהילה.
  - ◀ מועדון חברתי ותכניות פנאי: מסגרת המיועדת לפעילות פנאי משותפת במועדון, מפגשים חברתיים ויציאה למקומות בילוי בקהילה.
  - ◀ תכנית עמיתים: תכנית שיקום חברתי, הפועלת במתנ"סים (מרכזי תרבות נוער וספורט), ומציעה ליווי שיקומי אישי למתמודדים בהשתלבותם בפעילות פנאי קהילתית
  - ◀ סומכות שיקומית: ליווי של עובד סמך מקצועי או חונך. שירותי הסומכות השיקומית הינם חלק בלתי נפרד מתכניות השיקום של אנשים עם מוגבלות נפשית, החיים בקהילה ואינם יכולים להתמודד בכוחות עצמם עם מטלות החיים. אנשים אלה זקוקים

- לתמיכה, ליווי והדרכה אינטנסיביים בתחומי חיים שונים, במטרה לסייע בתהליך הסתגלותם לחיים בקהילה וחיזוק תפקודים משמעותיים בחייהם:
- שיפור מיומנויות הנדרשות להגברת העצמאות בניהול ואחזקת משק הבית לאנשים שאינם זקוקים לשרות כולל של דיור מוגן (גרים עם בני משפחה, מעוניינים בשרות מינימלי ממוקד מטרות, או לפי שיקולי הגורם המפנה או/ו ועדת השיקום)
  - הגברת מוטיבציה לתהליכי שיקום בכלל ולפעילות יצרנית ובריאה.
  - חיזוק מיומנויות בין-אישיות.
  - פיתוח מודעות לשמירה על היגיינה אישית וסביבתית.
  - חיזוק עצמאות וביטחון בהתנהלות מחוץ לבית.
  - סיוע והדרכה בניהול תקציב.
  - פיתוח מודעות פעילה לשמירה על אורח חיים בריא.
  - ליווי ותמיכה במעקבים רפואיים ובנטילת תרופות.
  - סיוע בנגישות למידע ובמיצוי זכויות בקהילה.
  - סיוע וליווי בהשתלבות במסגרות שיקום (בתעסוקה, בפעילות פנאי).
- השירות ניתן בסביבה הטבעית של האדם, בצורה גמישה: בהיקף של עד 6 שעות שבועיות בהתאם לצרכי המשתקם ותוכנית השיקום שלו, בשעות גמישות ובהתאמת הסומך לכל משתקם.
- ▶ תיאום טיפול - מתאם הטיפול בונה יחד עם המשתקם תכנית שיקום אישית, בהתאם להחלטות שנתקבלו בוועדת השיקום, כך שתתאים לרצונותיו, לצרכיו וליכולותיו. לאחר מכן, ילווה המתאם את המשתקם בתהליך חיפוש ובחירת שירותי השיקום המתאימים לתכנית שנבנתה, יתווך בין הגורמים השונים השותפים לתהליך השיקום ויסייע בכל בעיה וקושי המתעוררים מול ספקי השירותים.
  - ▶ טיפולי שיניים - משרד הבריאות מממן טיפולי שיניים למתמודדי נפש במסגרת סל השיקום. מטופל שאושרה לו תכנית טיפול על-ידי מרכז השירות הדנטלי לבריאות הנפש יקבל את הטיפול ללא תשלום.

## זכויות נוספות

מתמודדים המקבלים קצבת נכות והם בעלי דרגת אי כושר יציבה של 75% ומעלה עשויים להיות זכאים להטבות נוספות:

הטבות למתמודדים:

1. מתמודד המקבל קצבת נכות, יקבל תעודת נכה מהמוסד לביטוח לאומי, המאפשרת קבלת הטבות מגופים שונים.
2. פטור מהמתנה בתור לאנשים עם מוגבלות נפשית, מוגבלות שכלית או אוטיזם.
3. דיור ציבורי או סיוע בשכר דירה - מקבלי קצבת נכות כללית עשויים להיות זכאים לסיוע בתשלום שכר דירה שהם שוכרים בשוק הפרטי. גובה הסיוע נקבע לפי הרכב המשפחה. לבדיקת הזכאות יש להגיש בקשה בצירוף אישורים מתאימים למשרד הבינוי והשיכון.
4. הנחה במס רכישה - יש לפנות ללשכת מיסוי המקרקעין במשרד האוצר עם אישור מהביטוח הלאומי על הזכאות לקצבת נכות. המיסים.
5. הנחה בארנונה - ההנחה ניתנת על פי הכללים שקובעת כל רשות מקומית.
6. הנחה במים - כמות מים של עד 3.5 מ"ק לחודש בתעריף הנמוך. הביטוח הלאומי מעביר לרשות המים רשימות של מי שעשויים להיות זכאים להטבה. כתובת המגורים של הזכאי צריכה להיות מעודכנת במשרד הפנים.
7. תג חנייה לנכה ופטור מאגרת רישוי לרכב - לבדיקת הזכאות יש לפנות בכתב, בצירוף מסמכים רפואיים עדכניים למשרד התחבורה, היחידה לטיפול במוגבל ניידות, מרכז עדכון ובקרה (כתובת: ת.ד. 72 חולון).
8. הנחה על נסיעות בתחבורה ציבורית (רכבת, אוטובוס, רכבת קלה) - הביטוח הלאומי מעביר למשרד התחבורה רשימות של מי שעשויים להיות זכאים להנחה. משרד התחבורה שולח לזכאים תעודות זכאות. ההנחה בהתאם לתנאים של החברות השונות.
9. פטור ממס הכנסה - יש להגיש את הבקשה לפטור לפקיד השומה במקום המגורים. פטור ממס הכנסה חל על נכות רפואית בלבד ולא על נכות תפקודית. הפטור ניתן רק אם תקופת הנכות הכוללת עולה על 184 יום וניתן עד לתקרת הכנסה המתעדכנת מדי שנה. לפרטים נוספים: מוקד רשות המיסים בטלפון \*4954 או באתר האינטרנט של רשות המיסים.
10. מענק עבודה ("מס הכנסה "שלילי") - לעובדים המשתכרים עד רמת שכר מסוימת. לפרטים נוספים: מוקד רשות המיסים בטלפון \*4954 או באתר האינטרנט של רשות המיסים.

**11.** הנחה בתשלומי טלפון של בזק - הנחה בפעילות מונה, דמי שימוש ודמי התקנת טלפון. את הבקשה להטבה בצירוף אישור מהביטוח הלאומי על הזכאות, שולחים לאגף השיקום במשרד העבודה והרווחה (כתובת: רח' ירמיהו 39, ת.ד. 1260 ירושלים).

**12.** הטבה בחשבון המים (הנחה בתעריף הגבוה).

**13.** הטבות בקופות החולים - פטור מאגרת תשלום בביקור אצל רופא מקצועי ופנימי, בקבלת טופס התחייבות (טופס 17) ובביקור במכונים ומרפאות חוץ, תקרת השתתפות בתשלום לתרופות - הביטוח הלאומי מעביר לקופות החולים רשימות של מי שעשויים להיות זכאים להטבות והן אמורות להינתן באופן אוטומטי.

**14.** פטור מתשלום דמי ביטוח לאומי.

**15.** הנחה בעמלות הבנקים לנכים.

#### הטבות לבני משפחה:

**1.** נקודות זכות במס הכנסה לבני משפחה המשמשים אפוטרופוסים של מתמודד.

**2.** נקודות זכות במס לבן/בת זוג עובד שבן זוג המתמודד ללא הכנסה ובעל 90% נכות ומעלה.

**3.** מענק פטירה לשאיריו של מקבל קצבת נכות.

# עמותות, מרכזי תמיכה למשפחות וייעוץ משפטי

## עמותות

קיימות מספר גדול של עמותות המסייעות, תומכות ומלוות אנשים המתמודדים עם מגבלות נפשיות. בחוברת זו ריכזנו מידע על מספר עמותות אליהן ניתן לפנות לקבלת סיוע.

### עמותת אנוש - העמותה הישראלית לבריאות הנפש

עמותת אנוש הוקמה בשנת 1978 כארגון משפחות, במטרה לפעול למען רווחתם וזכויותיהם של מתמודדים עם מגבלה נפשית.

עמותת אנוש מסייעת לפגועי נפש בתהליך ההשתלבות בקהילה ומספקת עזרה נפשית למתמודדים בעלי סל שיקום דרך מגוון רחב של שירותים, ביניהם: דיור מוגן על מגוון רמותיו, שיקום תעסוקתי, מרכזי ייעוץ למשפחות המתמודדים ומסגרות פנאי וחברה כמו מועדונים חברתיים, טיולים ופעילויות חברתיות מגוונות, נופשים בארץ ובחו"ל, קורסים וסדנאות ברמה הארצית, מועדון חברתי באינטרנט.

<http://www.enosh.org.il>

### עמותת "עוצמה" - פורום ארצי של משפחות נפגעי נפש

עמותת "עוצמה" הינה עמותה ללא מטרת רווח המייצגת את צרכיהם של משפחות נפגעי נפש, לצד צרכי הנפגעים עצמם. העמותה פועלת לייצוג בני משפחותיהם של נפגעי הנפש ברחבי הארץ במגוון תחומים. כל חבריה הנם בני משפחות של נפגעי נפש הפועלים על בסיס התנדבותי בלבד.

העמותה פועלת לחקיקה חדשה ומתוקנת בתחום בריאות הנפש. היא מקיימת מאבק צרכני-פוליטי לביטוי נאות של זכויות נפגעי הנפש בחקיקה ומקיימת בקרה צרכנית ומעורבות במסגרות טיפול, מגורים ושיקום של נפגעי נפש.

<http://www.ozma.org.il>

### **בזכות - המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות**

המרכז לזכויות אדם של אנשים בעלי מוגבלויות. הוקם בשנת 1992 על ידי האגודה לזכויות האזרח, במטרה ליצור מסגרת עצמאית שתפעל על מנת לשפר את זכויותיהם ואיכות חייהם של 600,000 אנשים עם מוגבלויות פיזיות ונפשיות.

<http://bizchut.org.il/he>

### **לשמ"ה - שילוב מתמודדים והעצמה בבריאות הנפש**

עמותת "לשמ"ה" הינה עמותת צרכנים השמה לעצמה כמטרה להביא לקידום מעמדם של אנשים המתמודדים עם מגבלה ותיג פסיכיאטרי.

<http://www.lishma.co.il>

## **מרכזי תמיכה וייעוץ למשפחות**

מרכזי תמיכה וייעוץ למשפחות הוקמו במטרה לתת מעטפת תומכת לבני המשפחה של המתמודדים ולתת להם כלים להתמודדות טובה יותר עם הטיפול בבן המשפחה המתמודד.

### **מרכז משפחות גהה - תמיכה, ייעוץ והכוונה למשפחות מתמודדים**

לאחרונה נפתח בגהה מרכז משפחות מתוך הבנה כי למשפחה תפקיד וחשיבות רבה בהתמודדות עם בן משפחה הסובל מקושי או מחלה נפשיים וכן גם בני המשפחה זקוקים לסיוע ותמיכה.

במרכז ניתן ליווי, תמיכה וכלים שיסייעו לבני המשפחה להתמודד טוב יותר עם הטיפול בבן המשפחה, באשפוז ובקהילה.

צוות המרכז מקצועי, מיומן ומנוסה בפסיכיאטריה ובעבודה עם משפחות ובמציאת איזון ראוי בין הטיפול בבן המשפחה המתמודד, לבין המשך חיים מתפקדים לשאר בני המשפחה וכן סיוע בתיווך מול גורמי הטיפול ואנשי הצוות ביחידות השונות.

מיקום: בניין אשפוז, קומה 1- , במרכז עופר לכישורי חיים  
טלפון: 03-9258223

דוא"ל: [gehafamilycenter@clalit.org.il](mailto:gehafamilycenter@clalit.org.il)

<https://hospitals.clalit.co.il/geha>

דף הבית < המטופל ומשפחתו > מרכז משפחות גהה

## מרכזי ייעוץ למשפחות של משרד הבריאות

מרכזי הייעוץ למשפחות של נפגעי נפש הוקמו במטרה לתת מעטפת תומכת לבני המשפחה של מתמודדים. במרכזים יכולים בני המשפחה לקבל ייעוץ באופן פרטני או קבוצתי. המרכזים מציעים הרצאות, סדנאות ומגוון פעילויות לצורך מצן ידע, תמיכה וליווי. הייעוץ במרכזים ניתן ללא עלות וללא צורך בוועדת סל שיקום.

כתובות המרכזים ופרטי התקשרות מופיעים באתר משרד הבריאות

<https://www.health.gov.il>

## מרכזי מיל"ם - מרכזי ייעוץ למשפחות (מופעל ע"י אנוש)

כחלק משירותי סל השיקום, מופעלים מרכזי ייעוץ למשפחות בערים: אשדוד, ירושלים, חדרה, חיפה, כפר סבא, כרמיאל ונתניה. מטרת מרכזי הייעוץ לסייע למשפחות המתמודדות עם מחלת נפש של בן המשפחה. במרכזים מוצעים שירותי ייעוץ אישי וקבוצתי, הרצאות, סדנאות וייעוץ משפטי.

בנוסף, כחלק מפעילותה הוולונטרית של עמותת אנוש לרווחת המשפחות, ניתנים שירותי ייעוץ והכוונה בתשלום בסניפים בית שמש, חולון, כפר-סבא, רחובות, רמת-גן, רמת השרון ותל-אביב.

<https://www.milam.org.il>

## ממ"נ - מרכז למידע ושיתוף לקהילת משפחות מתמודדי נפש

המרכז הוקם ביוזמת משפחות למתמודדים במטרה לשפר משמעותית את זמינות המידע בנושאי זכויות, ייעוץ ותמיכה במשפחות, שיקום בתחומי הדיוור, התעסוקה, חברה ופנאי ועוד, טיפולים, הרצאות, סדנאות, כנסים ועוד לכלל משפחות המתמודדים ולשתף מניסיון האישי.

<http://www.maman.org.il>



## ייעוץ משפטי

### נציבות שיוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות - משרד המשפטים

בנציבות ניתן לקבל ייעוץ ומידע בנושא שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות

דוא"ל: [pniotnez@justice.gov.il](mailto:pniotnez@justice.gov.il)

טלפון: \*6763

פקס: 02-6462881

[https://www.gov.il/he/departments/moj\\_disability\\_rights](https://www.gov.il/he/departments/moj_disability_rights)

### קליניקה משפטית לזכויות אנשים עם מוגבלות

הקליניקה פועלת במסגרת הפקולטה למשפטים באוניברסיטת בר אילן ומעניקה

סיוע משפטי ומידע בנוגע לזכויותיהם של אנשים עם מוגבלויות. הסיוע והמידע ניתנים לאנשים עם מוגבלויות, לבני משפחתם ולארגונים, על ידי סטודנטים הלומדים בשנה השלישית בפקולטה, בהנחיית עורכות הדין בקליניקה.

דוא"ל: [disability.rights@mail.biu.ac.il](mailto:disability.rights@mail.biu.ac.il)

טלפון: 03-5318373

פקס: 03-6350955

<https://law-clinics.biu.ac.il/node/115>

### תכנית "שכר מצווה"

"שכר מצווה" היא תכנית המופעלת על-ידי לשכת עורכי הדין בישראל במטרה לסייע בהנגשת המערכת המשפטית למי שאין בידם האמצעים לשכור את שירותיו של עורך דין.

מפעילה קו חם (מוקד טלפוני) למיין ראשוני של הפונים בטלפון: 1-700-505-500

### בזכות

המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות, בני משפחה, אנשי מקצוע ואחרים מוזמנים לפנות למוקד פניות הציבור של ארגון בזכות במקרים בהם נפגעה זכותו של אדם מחמת מוגבלותו.

ת.ד. 34510, ירושלים 91000

טלפון: 02-6521308

פקס: 02-6521219

דוא"ל: [mail@bizchut.org.il](mailto:mail@bizchut.org.il)

<http://www.bizchut.org.il>

# עמותות, מרכזי תמיכה למשפחות וייעוץ משפטי

## האגודה לזכויות החולה בישראל

סיוע משפטי למימוש זכויות מטופלים או בני משפחותיהם על פי חוק בריאות ממלכתית,  
חוק זכויות החולה וחוק טיפול בחולי נפש.

טלפון: 03-6022934

פקס: 03-6021878

דוא"ל: [mitnadvim@patients-rights.org](mailto:mitnadvim@patients-rights.org)

[www.patients-rights.org](http://www.patients-rights.org)

## עמותת הל"ב במשפט

סיוע ועזרה ראשונה משפטית

טלפון: 052-3226910

<http://www.halev.org.il>

\*מבחינה משפטית המסמכים המחייבים הם לשון החוק וכן התקנות וההנחיות בנוסחן  
המקורי כפי שפורסמו. הדברים המובאים בחוברת זו הם לצורכי הסבר בלבד.

## שי"ל (שירות ייעוץ לאזרח)

משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, שהוקמה במטרה לסייע במתן ייעוץ  
והכוונה בנושאי זכויות האזרח וחובותיו, והשירותים הניתנים לו. השירות ניתן בחינם  
ובסודיות לכל פונה על ידי צוות עובדים ומתנדבים בתחנות שי"ל הפזורות ברחבי הארץ  
וכלל סיוע משפטי.

מוקד לבירור ומידע על תחנות שי"ל: 118



## טפסים שימושיים

## תוכן עינים

### ביטוח לאומי:

1. נכות כללית
2. כתב ויתור סודיות רפואית - ועדות רפואיות
3. קצבת שירותים מיוחדים
4. כתב ויתור סודיות רפואית - שירותים מיוחדים
5. גמלת סיעוד

### משרד הבריאות:

6. ועדת סל שיקום

### רשות המיסים:

7. בקשה לפטור ממס הכנסה



# ביטוח לאומי

## נכות כללית







## תביעה לקצבת נכות כללית, ובקשה להענקה מטעמי צדק

### על מנת לייעל את הטיפול בתביעתך, אנא תצרף לבקשה זו:

- ☞ סיכומי מחלה או כל מסמך רפואי אחר המצוי ברשותך בדבר **מצבך הרפואי**, המפרטים את כל המחלות הכרוניות, הטיפולים והתרופות שהנך נוטל.
- ☞ **אם אתה שכיר:**
  - ☞ תלושי שכר, או אישורים של מעביד על ההכנסות ב-15 החודשים האחרונים. (**אישור המעסיק על תקופת ההעסקה ועל שכר החתום ע"י המעסיק** – עמוד 5-6 בטופס התביעה). אם הפסקת לעבוד, יש לצרף אישור מהמעביד.
  - ☞ אם ב-15 החודשים האחרונים קיבלת **דמי מחלה** בעבור תקופות שבהן לא עבדת, או **תשלום כלשהו מחברת ביטוח** עקב מחלה יש לצרף אישור **מהמעסיק או מחברת הביטוח**.
- ☞ אם החותם על התביעה אינו תובע הקצבה עצמו, נא למלא גם את סעיף 4 בטופס התביעה ולצרף ייפוי כוח, צו אפוטרופוס או פסק דין – אם ישנו.
- ☞ לפני הגשת התביעה - בדוק האם יש מסמכים נוספים (לאלה הרשומים לעיל) שעליך לצרף, לפי הנחיות בגוף הבקשה.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו. ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בטופס התביעה.
- ☞ **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 ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### לידיעתך

- ☞ אם לך ולבן/בת זוגך אין אמצעי מחיה, מוצע לך לבדוק את **זכאותך בהבטחת הכנסה**, שכן זמן הטיפול בתביעה לנכות עשוי להמשך עד 90 ימים.
- ☞ אם אתה בעל **מוגבלות ברגליים**, באפשרותך להגיש גם בקשה לבדיקה רפואית לקביעת מוגבלות בניידות.
- ☞ מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il). כולל סרטון הדרכה למילוי הטופס.
- ☞ באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא תשלום במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון \*2496.

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות כללית



**תביעה קצבת נכות כללית**  
ובקשה להענקת מטעמי צדק

<b>1 פרטי התובע</b>					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>					
מיקוד	רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני:	
<b>אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:</b>					
שם משפחה איש קשר		שם פרטי איש קשר		מס' זהות איש קשר ס"ב	
<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>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה בתעודת הזהות)</b>					
מיקוד	רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב

<b>2 פרטים על עבודה בעבור 15 החודשים האחרונים (יש לרשום את הפרטים ולצרף אישורי שכר)</b>					
<input type="checkbox"/> לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: _____ <input type="checkbox"/> עבדתי והפסקתי לעבוד, פרט את הסיבה: _____ <input type="checkbox"/> אני ממשיך לעבוד					
<b>פרטים על העבודה</b>					
הכנסה (ברוטו)	מס' שעות עבודה ביום או היקף משרה	תקופת עבודה		תפקיד	פרטי מקום העבודה (עבודה היום או עבודה אחרונה)
		עד תאריך	מתאריך		
					שם _____
					טלפון: _____
האם ב-15 החודשים האחרונים קיבלת דמי מחלה בעבור תקופות שבהן לא עבדת, או תשלום כלשהו מחברת ביטוח עקב מחלה?					
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מהמעסיק (צרף אישור) <input type="checkbox"/> כן, מחברת ביטוח _____ (צרף אישורים)					
האם יש לך או הייתה לך ב-15 החודשים האחרונים הכנסה שלא מעבודה, כמו פנסיה (בישראל או מחו"ל), תמיכה לתלמידי ישיבות, תגמול ממשרד הביטחון, תשלומים מחברת ביטוח, הכנסה הונית, מזונות, הכנסה מרכוש וכד'?					
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ (צרף אישור)					





**פרטים על הנכות –** סמן את הסעיף בו מתוארת המחלה או התסמינים מהם אתה סובל. אם נבדקת ע"י רופא מומחה בתחום המחלה – נא צרף העתק של חוות הדעת. אם אושפזת בבית חולים בגין המחלה – נא צרף את מכתב השחרור

סמן ב- " V " במחלה או התסמינים מהם אתה סובל	מתאריך (שנה, חודש)	האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?	האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?
1 <input type="checkbox"/> בעיה נפשית (מקבל טיפול)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
2 <input type="checkbox"/> הפרעות בבלוטת התריס		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
3 <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
4 <input type="checkbox"/> ליקוי שכלי		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
5 <input type="checkbox"/> ליקוי שמיעה		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
6 <input type="checkbox"/> ליקויי ראייה ומחלת עיניים -האם קיבלת תעודת עיוור ממשרד הרווחה- השירות לעיוור <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
7 <input type="checkbox"/> מחלה אורטופדית (גפיים עליונות ותחתונות, גב, צוואר, דלקת פרקים)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
8 <input type="checkbox"/> מחלות בתחום נירולוגי (כולל אלצהיימר, פרקינסון, אפילפסיה ואירוע מוחי)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
9 <input type="checkbox"/> מחלות דרכי עיכול (כולל קיבה ומעיים)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
10 <input type="checkbox"/> מחלת כבד (כולל צהבת)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
11 <input type="checkbox"/> מחלת כליות (כולל דיאליזה)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
12 <input type="checkbox"/> מחלת לב		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
13 <input type="checkbox"/> מחלת עור		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
14 <input type="checkbox"/> מחלת ריאות (כולל אסטמה)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
15 <input type="checkbox"/> סכרת		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
16 <input type="checkbox"/> סרטן (כולל לימפומה ולוקמיה)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
17 <input type="checkbox"/> אחר _____		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן
18 <input type="checkbox"/> אחר _____		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן

נא סמן האם עברת אחת או יותר מהבדיקות המפורטות להלן בשנתיים האחרונות (אם כן, נא צרף את תוצאות הבדיקות):  
 אקו לב  EMG  CT (טומוגרפיה ממוחשבת)  MRI (תהודה מגנטית)  תפקוד ראות  צנתור  אנדוסקופיה

האם נכותך כולה או חלקה נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים:  לא  כן, תאריך תאונה: \_\_\_\_\_ - חובה לענות על שאלה זו  
 האם נכותך כולה או חלקה נגרמה כתוצאה מאירוע תאונתי אחר / נוסף (רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר וכיוצ"ב)  לא  כן, נא פרט \_\_\_\_\_ - חובה לענות על שאלה זו

תאריך האירוע: \_\_\_\_\_ - חובה לציין תאריך

האם פנית למשרד הביטחון בשל פגיעה במהלך השירות הצבאי?  לא  כן, צרף העתק של דוח הוועדה הרפואית

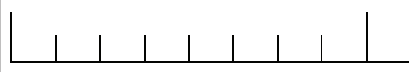
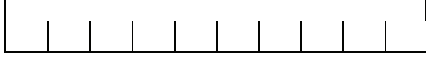
אם טופלת בשנה אחרונה ע"י  הלשכה לשירותים חברתיים או  התחנה לבריאות הנפש, סמן "V" במקום המתאים וציין את הכתובת/ שם היישוב: \_\_\_\_\_

**הסכמה לקביעת הנכות ע"י הרופא ללא נוכחות**

אני מסכים בזאת, שרופא יקבע לי את אחוזי הנכות הרפואית, ע"פ מסמכים בלבד ובלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שאף שנתתי את הסכמתי לכך, ייתכן שיהיה עליי להגיע לבדיקה, אם הרופא ידרוש זאת.  
 חתימת התובע \* \_\_\_\_\_

4

אם המבוטח מיוצג ע"י עו"ד או חברה או אם אינו יכול להגיש תביעה עקב מצבו הבריאותי, על מגיש התביעה למלא את הפרטים הבאים:

<b>פרטי מגיש התביעה</b>			
<b>מספר זהות</b> 	<b>שם פרטי</b>	<b>שם משפחה</b>	<b>יחס קרבה לתובע</b> <input type="checkbox"/> קרוב משפחה <input type="checkbox"/> אפטרופוס <input type="checkbox"/> עו"ד <input type="checkbox"/> חברה מייצגת <input type="checkbox"/> ר"ח <input type="checkbox"/> אחר:
<b>דואר אלקטרוני</b> _____@_____	<b>טלפון להתקשרות</b> 		<input type="checkbox"/> ייפוי כוח <input type="checkbox"/> צו אפטרופסות <input type="checkbox"/> פסק דין <input type="checkbox"/> אחר: _____ אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצורף העתק
* חתימה _____			<b>תאריך</b> _____

5

**פרטי חשבון הבנק של התובע**

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון			
<b>שם הבנק</b>	<b>שם הסניף / כתובתו</b>	<b>מס' סניף</b>	<b>מספר חשבון</b>

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי הבקשה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל הבקשה.  
אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימת על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.  
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 פרטיהם של מושכי התשלומים.  
אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל /או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. **לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי היא עלי להמציאם לפי דרישה.**

תאריך \_\_\_\_\_ \* חתימת תובע הקצבה \_\_\_\_\_ \* חתימת/חתימות השותפים לחשבון \_\_\_\_\_ \* קרבה לתובע \_\_\_\_\_

6

**הצהרת התובע או מגיש התביעה**

אני החתום מטה תובע קצבת נכות, ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה הם 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, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לקצבה 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.

במידה ועל סמך המסמכים הרפואיים ניתן יהיה לקבוע קצבת נכות בשיעור מלא, אני מסכים כי הקביעה תעשה ללא זימוני לבדיקה. ידוע לי כי בכל מקרה אוכל לבקש זימון לבדיקה.

אני מסכים להיבדק לצורך שירותים מיוחדים, אם תהיה המלצה של רופא הסניף על בדיקה זו.

אני מסכים להעביר מידע למשרד הרווחה-השירות לעיוור במידה ויקבעו לי 90% נכות רפואית בגין ליקוי ראייה.

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.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע או מגיש התביעה \* \_\_\_\_\_



**חותמת קבלה**

**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
נכות כללית



**כתב ויתור סודיות רפואית**

**שם הגמלה: נכות כללית**

**פרטים אישיים**

	תאריך תביעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה				
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 33%;">שנה</td> <td style="width: 33%;">חודש</td> <td style="width: 33%;">יום</td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 100%;"> </td> </tr> </table>		33
שנה	חודש	יום					
שם פרטי		שם משפחה					
חבר בקופת חולים							
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____							

**הצהרה**

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התביעה \* \_\_\_\_\_



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות כללית

**אישור המעסיק על תקופת  
ההעסקה ועל השכר**

פרטי המעסיק		
שם המעסיק	מספר תיק ניכויים / מס' ת.ז.	
מספר טלפון	מספר פקס	דואר אלקטרוני

פרטי העובד השכיר		
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
העובד הועסק מתאריך _____ עד תאריך _____ הסיבה לפסקת העבודה: _____		
<input type="checkbox"/> פרש מהעבודה סופית בתאריך _____		
<input type="checkbox"/> יתרת ימי מחלה שלא נוצלו _____		
<input type="checkbox"/> ימי המחלה נוצלו במלואם בתאריך _____		
<input type="checkbox"/> ממשיך לעבוד: חלקיות משרה _____		

תשלומים אחרים
1. האם שולמו (למעט דמי מחלה) תשלומים כלשהם מיום הפסקת העבודה בפועל ועד ליום הפרישה (עד ניתוק יחסי עובד-מעביד) <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
2. האם מבוטח לעניין אי כושר עבודה בחברת ביטוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם החברה _____
מהות התשלום: _____ החל מתאריך _____ עד _____



**פרטים על העבודה והשכר**

יש למלא פרטים על עבודת השכיר ועל השכר ב-15 החודשים האחרונים או לחודשים שקמו למועד הפסקת העבודה, כולל חודש עבודה אחרון.  
אין לכלול רכיבי שכר שאינם חייבים בדמי ביטוח לאומי ואין לכלול תשלומים שניתנו לעובד אחרי ניתוק יחסי עובד-מעביד

בחדש/בשנה	השכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לאומי בש"ח	סכום דמי מחלה ששולמו	תוספות שנכללו בשכר (הבראה, ביגוד וכד')		
			סכום	סיבה	
					1
					2
					3
					4
					5
					6
					7
					8
					9
					10
					11
					12
					13
					14
					15

הערות:

**הצהרה**

אני החתום מטה מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו של העובד

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת ממלא הטופס ותפקידו \* \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת המעסיק/העסק \* \_\_\_\_\_



# ביטוח לאומי

כתב ויתור סודיות רפואית – ועדות רפואיות







חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
ועדות רפואיות



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: ועדות רפואיות

1 פרטים אישיים

1

	תאריך התביעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
	 שנה חודש יום		33
שם פרטי		שם משפחה	
חבר בקופת חולים <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____			

2 הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבאים מכוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח \* \_\_\_\_\_





# ביטוח לאומי

## קצבת שירותים מיוחדים





## תביעה לקצבת שירותים מיוחדים

### הגשת תביעה לשירותים מיוחדים

קצבת שירותים מיוחדים משולמת למי שזקוק לעזרה רבה בביצוע פעולות היום יום: ניידות בבית, אכילה, הלבשה, רחצה והיגיינה אישית, וכן למי שזקוק להשגחה מתמדת למניעת סיכון לעצמו או לאחרים, ובתנאי שנקבעו לו האחוזים הרפואיים המזכים בקצבה.  
את התביעה ניתן להגיש מגיל 18 ועד 6 חודשים לאחר גיל פרישה.

### 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.  
מסמכים נוספים על פי הנדרש בתביעה.

### 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 וברורים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

על פי החוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 6 החודים שקדמו להגשת התביעה.

### לידיעתך

לאחר הגשת התביעה, במידת הצורך, תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית, ובמקרה של מצב רפואי קשה התביעה תטופל במסלול מהיר.

באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא תשלום במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון \*2496.

מידע מורחב על הקצבה מופיע באתר הביטוח הלאומי/קצבאות והטבות/שירותים מיוחדים לנכים  
אם יש לך מוגבלות ברגליים, באפשרותך להגיש בנוסף תביעה לקצבת ניידות.

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
שירותים מיוחדים

חותמת קבלה

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

תביעה לקצבת שירותים מיוחדים

1

פרטי התובע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות							
<p>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</p> <table border="1"> <tr> <td>יישוב</td> <td>רחוב</td> <td>מספר בית</td> <td>מיקוד</td> <td>תיבת דואר</td> <td>כניסה</td> <td>דירה</td> </tr> </table>			יישוב	רחוב	מספר בית	מיקוד	תיבת דואר	כניסה	דירה
יישוב	רחוב	מספר בית	מיקוד	תיבת דואר	כניסה	דירה			
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:							
<p>אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:</p> <table border="1"> <tr> <td>שם משפחה איש קשר</td> <td>שם פרטי איש קשר</td> <td>מס' זהות איש קשר ס"ב</td> </tr> </table>			שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב				
שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב							
<p><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.</p> <p>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת לעיל)</p> <table border="1"> <tr> <td>יישוב</td> <td>רחוב</td> <td>מספר בית</td> <td>מיקוד</td> <td>תיבת דואר</td> <td>כניסה</td> <td>דירה</td> </tr> </table>			יישוב	רחוב	מספר בית	מיקוד	תיבת דואר	כניסה	דירה
יישוב	רחוב	מספר בית	מיקוד	תיבת דואר	כניסה	דירה			
<p>מגורים נוכחיים</p> <p>אני מתגורר בביתי <input type="checkbox"/> עם בן משפחה מתחת לגיל 18 <input type="checkbox"/> עם בן משפחה מעל לגיל 18 <input type="checkbox"/> לבד</p> <p><input type="checkbox"/> אני מתגורר עכשיו או התגוררתי בחצי השנה האחרונה במסגרת מוסדית (יש לצרף מסמך רפואי הכולל הערכה תפקודית מהמוסד בו אתה שוהה וכן דו"ח סוציאלי מהמוסד הכולל התייחסות להיערכות לשחרור)</p> <table border="1"> <tr> <td>שם המוסד</td> <td>כתובת המוסד</td> <td>תאריך כניסה</td> <td>תאריך יציאה</td> </tr> </table>			שם המוסד	כתובת המוסד	תאריך כניסה	תאריך יציאה			
שם המוסד	כתובת המוסד	תאריך כניסה	תאריך יציאה						

2

פרטי מגיש התביעה (ימולא אם התובע אינו מסוגל להגיש את התביעה בעצמו, עקב הבריאותי)

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
<p>טלפון קווי</p> <p>טלפון נייד</p> <p>דואר אלקטרוני:</p>		
<p><input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.</p> <p>אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים, נא לציין איזה ולצרף עותק.</p> <p><input type="checkbox"/> ייפוי כוח <input type="checkbox"/> צו אפוטרופסות <input type="checkbox"/> פסק דין</p> <p>אם אין ברשותך האמור לעיל, אנא מלא – אני מבקש להתמנות כמקבל גמלה חתימה * תאריך:</p>		



**3 פרטי הנכות**

- אני תלוי בעזרת הזולת לביצוע פעולות היום יום (ניידות בבית, אכילה, הלבשה, רחצה והיגיינה אישית)
- חולה אונקולוגי (יש לצרף מסמך החתום על ידי אונקולוג. מוצע לצרף טופס של האגודה למלחמה בסרטן)
- מטופל בדיאליזה
- לאחר השתלה מתורם  לאחר השתלת מח עצם עצמית
- תאריך השתלה \_\_\_\_\_ (יש לצרף מכתב שחרור מבית החולים)
- אדם עם עיוורון
- ברשותי תעודת עיוור ממשרד הרווחה – השירות לעיוור (יש לצרף התעודה)
- (במידה וברשותך תעודת עיוור יש לצרפה, אחרת, יש לצרף בדיקת חדות / שדה ראייה)
- זקוק להשגחה למניעת סכנה
- מונשם
- אחר

**המחלות והליקויים מהם אני סובל**

---



---



---



---

החל מתאריך \_\_\_\_\_ חלה החמרה במצבי מתאריך \_\_\_\_\_  
 אושפדתי בשנה האחרונה (במידה ואושפדת, יש לצרף מכתב שחרור מבית החולים).

**4 פרטים משלימים**

1. האם מייצג אותך עו"ד או חברה למימוש זכויות?

לא  כן (פרט מטה)

שם עו"ד או חברה למימוש זכויות	כתובת	טלפון

2. האם נכותך, כולה או חלקה, נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים?  לא  כן, תאריך התאונה \_\_\_\_\_  
**חובה לענות על שאלה זו.**

3. האם נכותך, כולה או חלקה, נגרמה כתוצאה מאירוע מתאונתי (רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר)?  לא  כן, נא פרט \_\_\_\_\_  
תאריך התאונה \_\_\_\_\_ **חובה לציין תאריך.** חובה לענות על שאלה זו.

4. פניתי למשרד הביטחון בשל פגיעה במהלך שירותי הצבאי

לא  כן, (יש לצרף דו"ח ועדה רפואית משרד הביטחון)

5. טופלתי בשנה האחרונה על ידי  הלשכה לשירותים חברתיים  התחנה לבריאות הנפש  
שם הישוב בו טופלתי \_\_\_\_\_



עמוד 4 מתוך 5

5

פרטי חשבון הבנק של התובע

לתשומת לבך, יש למלא מספר חשבון בנק של האדם עבורו מגישים את התביעה

שם מלא של בעל החשבון		מספר זהות של בעל החשבון	
שם מלא		ת.ז.	
שם הסניף / כתובתו		מס' סניף	מספר חשבון
<p>אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.</p> <p>אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימה על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.</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 פרטיהם של מושכי התשלומים.</p> <p>אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל /או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.</p>			
תאריך	חתימת מקבל הגמלה	חתימת/חתימות השותפים לחשבון	קרבה לתובע

6

הצהרה על הכנסות

יש לי הכנסות מעבודה  אין לי הכנסות מעבודה

אני עולה חדש בשנה הראשונה לעליה וקיימת לי הכנסה אחרת / תמיכה / רנטה / תגמול / פנסיה מכל גורם שהוא

7

הצהרה

אני החתום מטה תובע גמלת שירותים מיוחדים, ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום, ע"י פניה למוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגורי.

ידוע לי, כי בקשה זו יכולה לגרום לשינוי באחוזי הנכות, ולהשפיע על זכאותי לקצבת נכות ולקצבת שירותים מיוחדים (לרבות הפחתתם).

אני מסכים כי המוסד לביטוח לאומי ייקבע את זכאותי על סמך המידע הרפואי, מבלי לזמן אותי לוועדה רפואית, בכפוף לאישור רופא המוסד.

אני מסכים בזאת להעביר מידע למשרד הרווחה – השירות לעיוור, במידה וייקבעו לי 90% נכות רפואית בגין ליקוי ראייה.

כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים. או על שינוי במקום מגורי כגון כניסה למוסד, דיור מוגן וכד'.

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.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע \* \_\_\_\_\_





עמוד 5 מתוך 5

**חותמת קבלה**

**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
שירותים מיוחדים



**כתב ויתור סודיות רפואית**

**שם הגמלה: נכות- שר"מ**

**פרטים אישיים**

	<b>תאריך תביעה</b> 	<b>מספר זהות/דרכון</b> 	<b>קוד גמלה</b>  <b>33</b>
<b>שם פרטי</b>		<b>שם משפחה</b>	
<b>חבר בקופת חולים</b>			
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____			

**הצהרה**

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח ✕ \_\_\_\_\_



# ביטוח לאומי

כתב ויתור סודיות רפואית – שירותים מיוחדים





חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
שירותים מיוחדים



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות – שר"מ

1 פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך התביעה						
33		<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td>         </td> <td>         </td> <td>     </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום			
שנה	חודש	יום						
שם משפחה	שם פרטי							
חבר בקופת חולים								
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____								

2 הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח \* \_\_\_\_\_





# ביטוח לאומי

## גמלת סיעוד







המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
סיעוד

בל/ 2600

## תביעה לגמלת סיעוד

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

**תובע נכבד,** קביעת הזכאות לגמלת הסיעוד נקבעת על ידי "הערכת תלות". בהערכה נבדקת מידת התלות של התובע בעזרת הזולת בפעולות היום ויום ומידת הצורך בהשגחה.

הערכת התלות תתאפשר במספר דרכים:

1. הערכת תלות בבית התובע המבוצעת על ידי מעריך מוסמך מטעם הביטוח הלאומי. המעריך יתאם מועד לביצוע ההערכה לאחר קבלת התביעה והמסמכים הרפואיים. אם קיימת ירידה קוגניטיבית אצל התובע על בן משפחה או אפטרופוס להיות נוכח בבדיקה. במצב זה יש למלא את סעיף 3 בטופס.
2. הערכת מידת התלות שתקבע על סמך המידע שנמסר במכתב הסיכום הרפואי. ראה הנחיות בנספח א'.
3. הערכת תלות לבני 90 ומעלה שתבוצע על ידי רופא מומחה בגריאטריה ללא עלות במסגרת עבודתו במוסד רפואי ציבורי. למען הסר ספק, אין לבצע בדיקה במסגרת הביטוח המשלים (שב"ן) או במסגרת פרטית לרבות שר"פ בבית חולים. ראה נספח ב'.

### לטופס התביעה יש לצרף את המסמכים הבאים

1. **מכתב סיכום רפואי עדכני חתום ע"י רופא מטפל, רופא מומחה וסיכומי אשפוז אם קיימים. ניתן לצרף מידע רלוונטי שנמסר מגורמים מטפלים נוספים (אח המרפאה, פיזיותרפיסט, עובד סוציאלי וכו')**  
ראה הנחיות בנספח א'.
2. אישורי הכנסות שלך ושל בן/בת זוג מכל המקורות (למעט קצבאות ביטוח לאומי ואישורי רנטה או כל קצבה לניצולי שואה ונרדפי הנאצים) לשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה חודשים שקדמו לחודש הגשת תביעה. אם הגשת תביעה בשנים עשר החודשים האחרונים, אין צורך להמציא מחדש אישורי הכנסות.
3. **יתכן וידרשו אישורי הכנסות של 12 החודשים האחרונים או טופס 106.**
4. אם אתה מתגורר בבית אבות/מוסד/משפחתון, תמלא הנהלת המקום את האישור המופיע בסעיף 9 (בטופס התביעה).

### כיצד יש להגיש את התביעה

- לצורך קבלת הסבר וסיוע במילוי טופס התביעה, ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד, בו מופיע סרטון הדרכה, או לפנות למחלקת הייעוץ לאזרח הוותיק ומשפחתו בסניפי המוסד לביטוח לאומי בטלפון: 02-6463400.
- 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 וביירוטים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט. [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
סיעוד

**חותמת קבלה**

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך		דפים							
1									

**תאריך תביעה**

שנה	חודש	יום

**תביעה לגמלת סיעוד**

1

**פרטי התובע**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

מצב משפחתי

רווק/ה  אלמנה  פרודה/ה  נשוי/אה  גרושה  ידועה/בציבור

**שפות דיבור**

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

**התובע נמצא כעת ב:**

בכתובת מגוריו

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		@ _____

**אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:**

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

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעיתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי, יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

בבית חולים:

שם בית החולים: \_\_\_\_\_ מחלקה: \_\_\_\_\_ תאריך שחרור: \_\_\_\_\_

בכתובת אחרת. אצל: \_\_\_\_\_

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

**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

**אשפוז מתוכנן**

האם קיים אשפוז מתוכנן?  לא  כן, תאריך אשפוז מתוכנן \_\_\_\_\_



2

כתובת למשלוח דואר (ימולא רק אם בן משפחה/אפוטרופוס מבקש לשלוח מכתבים לכתובת שונה מהכתובת בה נמצא התובע כעת)

שם משפחה		שם פרטי			מספר זהות ב"ס
רחוב / תא דואר		מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
					מיקוד

3

בן/בת משפחה או אפוטרופוס – לתיאום

על האפוטרופוס לצרף אישור על מינוי אפוטרופוס

שם משפחה	שם פרטי	הקשר לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	

נא לציין אם מעוניין להיות נוכח בעת הביקור  כן  לא

4

האנשים הגרים עם התובע

האם מתגוררים אנשים נוספים עם התובע?

לא  כן אם כן נא למלא:

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	יחס קרבה
		מספר זהות ב"ס	
		מספר זהות ב"ס	

5

**פרטי הכנסות בשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה שקדמו לתאריך הגשת התביעה**

- סמן ✓ בטור המתאים, אם יש הכנסה וכן גם אם אין הכנסה, מהמקורות המפורטים בטבלה (פרט לקצבאות ביטוח לאומי).
- צרף אישורים מתאימים בעבור מקורות הכנסה שציינת.
- אם הנך חבר קיבוץ, נא פרט על כל הכנסה המפורטת מטה שמקורה מחוץ לקיבוץ בו הנך חבר.

הכנסות בן/בת זוג			הכנסות תובע		
יש	אין	מקור	יש	אין	מקור
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה שכירה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה שכירה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה עצמאית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה עצמאית
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פנסיה מעבודה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פנסיה מעבודה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קצבה סוציאלית מחו"ל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קצבה סוציאלית מחו"ל
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שכר דירה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שכר דירה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמולים אחרים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמולים אחרים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הכנסה אחרת, פרט: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הכנסה אחרת, פרט: _____

6

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

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

שימוש 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 בדיר מוגן - נא להמציא אישור מהדיר המוגן על מרכיב הוצאות הדיר בלבד בתשלום החודשי. סכום הוצאה זו ינוכה מהכנסות שכר הדירה. הסכום שינוכה לא יעלה על שיעור שכר הדירה. הניכוי יבוצע רק לאחר המצאת האישור.

7

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

- לא מקבל  
 מקבל
- שירותים     תשלום כספי



8

מגורים במוסד או בבית אבות – אם התובע גר במוסד (אישור זה ימלא המוסד או בית האבות)

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב
שוהה במוסדנו – שם המוסד		תאריך כניסה שנה חודש יום
כתובת המוסד	טלפון	

המוסד פועל ברישיון:  משרד העבודה והרווחה  משרד הבריאות  ללא רישיון

נמצא במחלקה:  סיעודית  לתשושים  לתשושי נפש  לעצמאיים

אחרת פרט \_\_\_\_\_

השתתפות בדמי החזקה ע"י גוף ציבורי:  משרד בריאות  משרד עבודה ושירותים חברתיים  משרד הביטחון  סוכנות רשות מקומית

כן, פרט השתתפות בסך: \_\_\_\_\_ ש"ח לחודש מתוך עלות החזקה מלאה בסך: \_\_\_\_\_ ש"ח - על המשפחה להמציא אישור על גובה ההשתתפות שהוטל עליה ע"י גוף ציבורי.

אין השתתפות – חובה להמציא כרטיס הנה"ח מהמוסד/בית האבות, בו ניתן לראות את החיובים והתשלומים של התובע.

מוסד בקיבוץ – ימלא גם את הפרטים האלה:

המוסד מיועד:  לחברי הקיבוץ ובני משפחותיהם בלבד  קולט אזרחים ותיקים מבחוץ

מעמד התובע:  חבר קיבוץ  חבר קיבוץ אחר  דייר אחר, פרט אם בן משפחה של חבר הקיבוץ נא ציין פרטיו מר/גב' \_\_\_\_\_ יחס הקרבה \_\_\_\_\_ מתאריך: \_\_\_\_\_

אישור המוסד/בית האבות

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מנהל המוסד: \_\_\_\_\_ חתימת מנהל המוסד \* \_\_\_\_\_

9

פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי

1. האם התלוצת בזולת כולה או מקצתה נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים?  כן  לא

2. האם התלוצת בזולת נגרמה כתוצאה איחוע 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: \_\_\_\_\_

3. האם נמסרה הודעה למשטרה?  לא  כן, לתחנת המשטרה ב: \_\_\_\_\_ מס' תיק: \_\_\_\_\_

כתובת תחנת המשטרה: \_\_\_\_\_

4. האם הגשת או תגיש תביעה לפיצוי נזיקין?  לא  כן, בתאריך: \_\_\_\_\_

מיהו הנתבע: \_\_\_\_\_ מס' התיק: \_\_\_\_\_

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

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

כתובת: \_\_\_\_\_

**פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי - המשך**

6. האם קיבלת פיצוי נזיקין בגין התאונה?

טרם קיבלתי פיצוי  קיבלתי פיצוי  לא קיבלתי

בסך: \_\_\_\_\_ מאת: \_\_\_\_\_ בתאריך: \_\_\_\_\_

10

**ביקור בית על ידי מתנדב**

הייעוץ לאזרח הוותיק ומשפחתו מציע לערוך ביקורי בית על ידי מתנדבים.

אני מעוניין בביקורי מתנדב

11

**תיאור המצב התפקודי (ניידות, הלבשה, רחצה, אכילה, טיפול בהפרשות) והקוגניטיבי (צורך בהשגחה למניעת סכנה בשל בעיות קוגניטיביות) והצורך בעזרה בבית:**

נא פרט את המצב התפקודי והקוגניטיבי וסוג העזרה הביתית הנדרשת.

---



---



---

12

**בחירת שירותים או כסף**

אם תמצא זכאי לגמלת סיעוד ותצבור 2.5-3 נקודות בהערכת התלות, באפשרותך לבחור אחת מ- 4 אפשרויות:

קצבה בסך -1,408 ₪

5.5 יחידות בשבוע שניתן להשתמש בהן לטיפול אישי בבית, מרכז יום, משדר מצוקה, שירותי כביסה ומוצרי ספיגה (ללא כסף).

5.5 יחידות שירות בשבוע שניתן להשתמש בהן כשילוב של מגוון שירותי סיעוד וגמלת כסף.

9 יחידות שירות בשבוע שניתן להשתמש בהן למגוון שירותים **ללא קצבה בכסף וללא טיפול אישי בבית.**

**לתשומת לבך,**

**במקרים בהם יש הפחתה בגין הכנסות גבוהות השעות/ יחידות השירות יופחתו ב 50% מערכן.**

13

**פרטי חשבון בנק**

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

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום:  לחשבון הקיבוץ / המושב  לחשבוני הפרטי

**ברשותי חשבונות בנק נוספים**  לא  כן, בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ מס' חשבון \_\_\_\_\_  
 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 הפרטים של מושכי התשלומים.  
 אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך **אימות בעלותי בחשבון הבנק** כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל.  
**לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי היא עלי להמציאם לפי דרישה.**

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מקבל התשלום \_\_\_\_\_ x



14

**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.

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

**למלא אם מגיש התביעה אינו התובע:**

טלפון קווי	טלפון נייד	הקשר לתובע
_____	_____	_____

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
_____	_____	_____	_____	_____	_____

**אם קיים אפוטרופוס, יש לצרף צו מינוי אפוטרופוס.**

**הרשאה למסירת מידע לצורך קבלת הטבות**

על פי התקנות והחוק ובהתאם לזכאותך, אתה עשוי להיות זכאי להטבות מגורמים שונים. למימוש ההטבות דרושה הסכמתך להעברת מידע בדבר זכאותך. אני הח"מ, נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי למסור לרשויות או למוסדות ציבוריים מידע בדבר זכאותי לצורך קבלת הטבות נלוות הקבועות בחוק ובתקנות.  מאשר  לא מאשר

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע \* \_\_\_\_\_ לידעתך: אי חתימה על אישור זה, תהווה הסכמה להעברת המידע האמור.

<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="12" style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">סוג המסמך</td> <td style="text-align: center;">דפים</td> <td> </td><td> </td> </tr> </table>													מס' זהות / דרכון												8	סוג המסמך	דפים			<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>
מס' זהות / דרכון																														
8	סוג המסמך	דפים																												



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
סיעוד

**נספח א'  
הנחיות לכתיבת מכתב  
סיכום רפואי**

**נא הצג לרופא**

כדי לשקול אפשרות ביצוע הערכה תפקודית על סמך מידע רפואי ללא ביקור מעריך, מומלץ לצרף לתביעה מכתב סיכום רפואי מהרופא המטפל.

ניתן לצרף במכתב מידע שנמסר מגורמים מטפלים נוספים כגון: אח המרפאה, פיזיותרפיסט, עובד סוציאלי, רופאים מומחים ועוד.

במכתב סיכום רפואי רצוי שיופיעו הפרטים הבאים:

- **סיבת ההפניה לביטוח לאומי**
- **נתונים דמוגרפיים:** גר לבד, עם משפחה, תנאי דיור וסביבת מגורים, עיסוק ופעילות שגרתית של הנבדק.
- **מידע רפואי עדכני:** המחלות העיקריות מהם סובל החולה, אשפוזים, ניתוחים, נפילות, אירועים המסכנים חיים, הפרעות בשמיעה או לקות ראייה.
- **הערות נוספות המתייחסות ל:**
  - תיאור **מפורט** של התסמינים הקליניים העלולים להשפיע על יכולת התפקוד של החולה בחיי היום יום (ADL) בבית. לדוגמא: תלונות על כאב, חולשה, קוצר נשימה, בצקות, רעד, מצב תזונתי. אצל חולים הסובלים מתנדודות במצב תפקודי, יש לציין את המאפיינים של התנדודות.
  - תיאור **מפורט** של יכולת הניידות של הנבדק: יכולת הקימה וההליכה, יציבות בהליכה, טווח תנועה, חסרים נירולוגיים, סימני מאמץ, יכולת להשלים פעולה ברצף, שימוש באביזרי עזר וכו'.  
במידה והנבדק נמצא בקבוצת **סיכון לנפילות** מומלץ לצרף תוצאות מבחן timed get up and go.
- **תוצאות בדיקות אבחון מקובלות ותוצאות כלים אבחוניים נירו פסיכולוגים לבעלי מגבלה קוגניטיבית. (COGNITIVE SCREENING TOOLS).**
- **טיפולים מיוחדים ותרופות.**
- **מסגרות טיפוליות** כגון אשפוז יום, אשפוז בית, הוספיס בית.
- **תקופת המוגבלות** הערכה בדבר שיפור במצב הנבדק, ואם כן תוך כמה זמן.





עמוד 9 מתוך 11

נא למלא מספר תעודת זהות \_\_\_\_\_

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

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
סיעוד



**נספח ב'**  
**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

**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

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 לסייע או לדרבון קל בהלבשה (לכפתר, לגרוב גרביים, לבחור בגד, אביזר אורטופדי)				מתלבש ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל

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

**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 לסייע או לדרבון קל ברחצה (כניסה למתקן הרחצה, נוכחות, חפיפת ראש, רחצת כפות רגליים)		מתרחץ ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל

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

**הערכת תפקוד בפעולות – המשך**

**5. אכילה ושתייה**

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 \_\_\_\_\_

**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 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 \_\_\_\_\_

**7. השגחה**

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 יום 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 ציבורי או המרפאה \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_ חותמת \_\_\_\_\_

לתשומת לב הרופא המומחה בגריאטריה, מסמך זה אינו תחליף לתדפיס המידע הרפואי של התובע. רצוי לצרף מכתב המסכם את בדיקתך, כמקובל ביעוץ רפואי, לרבות בעיות הדורשות טיפול ולהעביר עותק לרופא המטפל כדי לשמור על רצף רפואי.



עמוד 11 מתוך 11

נא למלא מספר תעודת זהות \_\_\_\_\_

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table> <p>מס' זהות / דרכון</p> </div> <div style="width: 35%;"> <p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 30%;"> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 15px;">7</td><td style="width: 15px;">8</td></tr> </table> <p>סוג המסמך</p> </div> <div style="width: 35%;"> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table> <p>דפים</p> </div> </div> </div>									7	8			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 80px;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;"><b>חותמת קבלה</b></p> </div>
7	8												



**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגבלאות  
סיעוד

**כתב ויתור סודיות רפואית**

### שם הגמלה: סיעוד

#### 1 פרטים אישיים של המבוטח

1

	<p>תאריך תביעה</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table> <p>שנה    חודש    יום</p>									<p>מספר זהות/דרכון</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table>											<p>קוד גמלה</p> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">96</p>
	שם פרטי		שם משפחה																		
<p>חבר בקופת חולים</p> <p> <input type="checkbox"/> כללית    <input type="checkbox"/> מאוחדת    <input type="checkbox"/> מכבי    <input type="checkbox"/> לאומית    <input type="checkbox"/> אחר _____ </p>																					

#### 2 הצהרת המבוטח או האפוטרופוס

2

אני הח"מ, 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:

מבקש בזה למסור למוסד 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.

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

נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי למסור לנותן השירותים שיספק לי את שירותי הסיעוד או למחלקת הרווחה ברשות המקומית מידע רפואי וסוציאלי אודותיי הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.

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

נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לקופ"ח בה אני מבוטח את תוצאות הערכת התלות שתערכנה בגין תביעה זו.

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

מאשר בזה, כי ידוע לי שמידע על מחלה מדבקת (אם קיימת) יימסר לנותן השירותים ולמטפלים/מטעמו בהתאם למגבלות האמורות בחוק זכויות החולה.

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



# משרד הבריאות

## ועדת סל שיקום





## הפניה לוועדת שיקום אזורית

### להלן הנחיות להפניה לוועדת שיקום. יש להקפיד על קריאת ומלוי כל ההנחיות.

ההפניה תכלול את הטפסים הבאים:

- ❖ פרטים אישיים (עמוד 2)
- ❖ דו"ח רפואי, ימולא ע"י הפסיכיאטר המטפל. נא לצרף סיכום מחלה. (עמוד 3-5)
- ❖ דו"ח סיעודי, לפניות מאשפוז (עמוד 6-7)
- ❖ סיכום פסיכוסוציאלי, ימולא ע"י הגורם המטפל. (עמוד 8-10)
- ❖ הערכה תיפקודית. רצוי לצרף אבחונים רלוונטים. (עמוד 11-12)
- ❖ סיכום ונימוק המלצות הפונה והגורם המפנה. (עמוד 13-14)
- ❖ דיווח ממחלקת השיקום של הביטוח הלאומי (עמוד 20, ממולא וחתום ע"י המוסד לביטוח לאומי)
- ❖ דיווח קביעת נכות, אחוזי נכות וסעיפי הנכות (עמוד 21, ממולא וחתום ע"י המוסד לביטוח לאומי)
- ❖ טופס ויתור סודיות חתום. (עמוד 15)

#### נספחים

- ❖ בקשה לטיפול דנטלי (עמוד 16)
- ❖ בקשה לקרן שיקום (עמוד 17)
- ❖ טופס בקשה לחונך או סומך (עמוד 18-19)
- ❖ טופס בקשה לסיוע בשכ"ד (עמוד 22)

#### יש לצרף

- ❖ יש לצרף כל מסמך המאפשר הכרות נוספת את הפונה כגון: דו"ח מלשכות רווחה, או ממסגרות שיקומיות בעבר ובהווה.
- ❖ להפניה לדיור: אישור זכאות לסיוע בשכ"ד מטעם משרד השיכון, או התחייבות לתשלום שכ"ד ממקורות אחרים. במידה ועדין אין אישור, יש לצרף צלום של בקשה למשרד השיכון.

#### לתשומת לבכם

- ❖ יש למלא את כל הסעיפים בטפסים. הפניה לא מלאה או לא ברורה לא תובא לדיון לוועדת שיקום, עד השלמת הטפסים.
- ❖ על הפונה לצרף לפניה צילום תעודת הזהות. ללא צילום ת.ז. הפניה לא תובא לדיון.
- ❖ יש לצרף להפניה צילום של מנוי אפוטרופוסות. (כאשר יש אפוטרופוס)
- ❖ את עמודים 17-18 יש לשלוח למוסד לביטוח לאומי. את הטפסים המלאים יש לצרף בעת הגשת הפניה.
- ❖ לוועדת שיקום תוזמן גם משפחת הפונה (חוץ מבמקרה שהוא מתנגד).
- ❖ הצרכים הדנטלים של פונים לוועדות שיקום מתוך אשפוז ממושך של יותר משנתיים הם באחריות של המרכז לבריאות הנפש הפונה ואינם זכאים לשירות זה דרך סל שיקום.

### על הגורם המפנה לשמור העתק של ההפניה, כולל כל הטפסים.

# פניה לוועדת שיקום אזורית

## פרטים אישיים



שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
---------	----------	-----------

שם האב	גיל	שם האם	גיל	רחוב	מספר
מקצוע	מקצוע	מקצוע	מקצוע	ישוב	מיקוד
				טלפון	

זכאות לסיוע משרד השיכון	הוגשה בקשה למשרד השיכון	שנת לידה	מין
כן / לא	כן / לא	שנת עליה	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
סיבה להעדר אישור זכאות			ארץ לידה

<b>שירות צבאי</b> 1 מלא - מתאריך _____ 2 חלקי _____ מס' חודשים _____ 3 מילואים כיום? כן / לא 4 לא רלוונטי	<b>השכלה (סמן את כל האפשרויות)</b> 1 יסודית 2 תיכונית 3 על תיכונית (לא אקדמאית) 4 אקדמאית 5 קורס מקצועי 6 ישיבה 7 חסר השכלה סה"כ שנות לימוד _____	<b>ילדים</b> מתחת לגיל 18 _____ מעל גיל 18 _____ סה"כ _____	<b>מצב משפחתי</b> 10 רווק 20 נשוי 21 נשוי/נפרד 30 גרוש 40 אלמן 99 לא ידוע	<b>מגורים נוכחיים</b> 1 עצמאי / לבד 2 עם משפחה 3 עם בן/בת זוג 4 דיור לוויין 5 דיור מוגן רגיל 6 ד. מוגן מתוגבר 7 הוסטל רגיל 8 הוסטל מתוגבר 9 הוסטל לצעירים 10 הוסטל כוללני 11 אשפוז 12 חסר דיור
---	---	--	---	--

<b>אפטרופוס</b> 1 אין 2 קטין 3 לגופו 4 לרכושו 5 לגופו ורכושו 6 בתהליך מינוי	<b>מקבל הקצבה / אפטרופוס</b> שם _____ כתובת _____ טלפון _____ סוג קירבה _____	<b>הכנסות הפונה</b> סה"כ הכנסת הפונה לחודש (נטו) _____ מקורות פרנסה אחרים _____ נכסים בבעלות הפונה _____ קצבת שר"מ _____ %	<b>הופנה למחלקת שיקום בבטי"ל</b> כן / לא תאריך הפניה _____ / _____ / _____ פנה לקבלת שר"מ? כן / לא תאריך הפניה _____ / _____ / _____	<b>ביטוח לאומי</b> תאריך קביעת נכות _____ / _____ / _____ % נכות לפי סעיף 33 _____ % נכות לפי סעיף 34 _____ סה"כ % נכות נפשית _____
---	---	--	--	---

<b>חברות בקופ"ח</b> 1 כללית 2 לאומית 3 מכבי 4 מאוחדת 5 שילוח 6 צה"ל 7 אחר 8 אין ביטוח 9 לא ידוע	<b>בזמן ההפניה לוועדת שיקום מחוזית הפונה (סמן בעיגול)</b> מאושפז _____ בקהילה (כולל אשפוז יום) _____	שם וסוג היחידה המפנה _____ סמל היחידה המפנה _____	<b>שם ממלא הטופס</b> _____ <b>מקום עבודה</b> _____ <b>מספר טלפון</b> _____ <b>מס' פקס</b> _____ <b>תפקיד</b> _____ <b>תאריך מילוי הטופס</b> _____
--	---	--	--





# פניה לוועדת שיקום אזורית

## דו"ח רפואי

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות										
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										

למילוי ע"י הפסיכיאטר המטפל . יש לצרף גם סיכום מחלה.

1. תולדות המחלה

---

---

---

---

---

---

---

---

2. אבחנה ( במלים לטיניות ומס' לפי ICD - 10 )

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

3. אשפוזים : ( אשפוז מלא )

❖ סה"כ מספר אשפוזים \_\_\_\_\_

❖ תאריך אשפוז ראשון \_\_\_\_\_ משך האשפוז \_\_\_\_\_ בית חולים \_\_\_\_\_

❖ תאריך אשפוז אחרון \_\_\_\_\_ משך האשפוז \_\_\_\_\_ בית חולים \_\_\_\_\_

❖ אורך האשפוז הנוכחי במידה והפונה מאושפז בזמן הפניה \_\_\_\_\_

- 4א. האם המטופל היה מאושפז באשפוז הנוכחי **בצו אשפוז** ? כן/ לא
- 4ב. האם המטופל היה מאושפז באשפוז הנוכחי **בהוראת אשפוז** ? כן/ לא
- 4ג. האם המטופל היה מאושפז בעבר **בצו אשפוז** ? כן/ לא
- 4ד. האם המטופל היה מאושפז בעבר **בהוראת אשפוז** ? כן/ לא
- 4ה. האם המטופל שהה במחלקה סגורה בשנתיים האחרונות ? כן/ לא

אם התשובה חיובית באחת או יותר מהאפשרויות, יש לפרט סיבות האשפוז הכפוי, מספר האשפוזים הכפויים, ומשך זמן האשפוזים הכפויים.

---

---

---

---

5. שם המסגרת הנוכחית לטיפול ולמעקב תרופתי

---

6. א. הרכב התרופות הפסיכיאטריות שהפונה מקבל, נכון לתאריך כתיבת דו"ח זה.

---

---

---

---

# פניה לוועדת שיקום אזורית



6ב. האם ידוע לך על בעיות מיוחדות בקשר לטיפול תרופתי, תופעות לוואי, רגישות בעבר, או בזמן שהפונה בטיפולך?

6ג. האם הפונה עצמאי בלקיחת תרופות?

הולך לבדו לקבל מרשם  
נוטל תרופות באופן סדיר בלי תזכורת  
האם הפונה צריך השגחה בנטילת תרופות  
האם הפונה מכיר את התרופות שהוא לוקח

כן / לא  
כן / לא  
כן / לא  
כן / לא

6ד. האם קיימת התמכרות לתרופות?

7. האם הפונה מגיע באופן סדיר לפגישות המעקב? באיזו תדירות? באיזו מידה משתף פעולה?

8. א. האם ידוע לך על שימוש בסמים או אלכוהול?

ב. אם כן, אילו סמים?

ג. מה תדירות השימוש?

ד. כמות?

ה. מתי הפונה השתמש בסמים או אלכוהול לאחרונה?

ו. האם היו נסיונות לגמילה?

9. האם בחצי השנה האחרונה היו התפרצויות של אלימות פיזית או מילולית? אם כן נא לפרט

10. האם היו ניסיונות אובדניים בעבר? אם כן, מתי, ובאיזה אופן?

11. האם ידוע לך על מחשבות אובדניות



## פניה לוועדת שיקום אזורית

12. מהם הסימנים המקדימים להידרדרות במצב הנפשי?

---

---

13. האם יש תופעות גרסיביות והתנהגויות חריגות אופייניות?

---

---

14. האם הפונה סובל ממחלות גופניות, מדבקות או אחרות (כינמת, היפטיטיס A,B,C, סקאביאס, AIDS, שחפת פעילה, מחלות מין) זקוק לטיפולים/תרופות? פרט. נא לצרף כל סיכום מחלה ו/או בדיקות רלוונטיות למצב הפיזי של הפונה. כמו כן פרט אם יש מסגרות רפואיות אחרות שהפונה מטופל בהן.

---

---

---

---

---

---

15. סטאטוס פסיכיאטרי נוכחי:

---

---

---

---

---

---

---

---

16. אם הפונה זקוק לטיפול דנטלי, נא למלא את הטופס לטיפול דנטלי

שם הרופא:	_____ חתימה + חותמת
מקום עבודה	_____
מספר טלפון	_____ תאריך מילוי הטופס



## דו"ח סיעודי

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות										
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td> </tr> </table>										

**דו"ח סיעודי ימולא רק במידה והפונה נמצא במסגרת אשפוז בזמן ההפניה**

### ניידות

- הולך חופשי ללא סיוע מכשירים או אדם
- נע בעזרת מכשיר ( מקל/הליכון/כסא גלגלים )

### הלבשה

- עצמאית
- זקוק לסיוע קל ( הנעלה , כיפתור )
- זקוק לסיוע, או דרבון, או עזרה מלאה בהחלפה ובחירה של לבוש נקי ותואם

### אכילה

- עצמאית
- באופן אסתטי
- רגיל לאכול בכל ארוחה ?
- הרגלי אכילה מיוחדים ?
- פרט

---



---



---

### רחצה

- עצמאית
- זקוק לעזרה חלקית, דרבון והדרכה בביצוע, כולל גילוח או חפיפה
- תלות מלאה ברחצה ; זקוק לעזרה פיזית ונוכחות ברחצה

### שליטה על סוגרים

- מלאה
- חלקית ; שלפוחית מעיים
- ללא שליטה

### קשר עם הסביבה

- מדבר/ת רגיל
- דובר עברית כן לא אם לא איזו שפה מדבר /או מבין \_\_\_\_\_
- אינו מדבר בצורה שוטפת
- אינו מדבר בצורה ברורה
- יוזם קשר עם מטופלים אחרים
- הפונה נעזר בצוות. פרט

- האם הפונה משתתף בקבוצות במחלקה ? פרט

---



---



---



## פניה לוועדת שיקום אזורית

### ראיה

- תקינה
- זקוק למשקפים
- סיבות הגורמות לליקוי כלשהו בראיה (גלוקומה, עיוורון מסכרת וכו')

### שמיעה

- תקינה
- חרש
- כבד שמיעה
- משתמש במכשיר שמיעה

### התמצאות

- התמצאות טובה בזמן ובמקום
- התמצאות חלקית, פרט \_\_\_\_\_
- חוסר התמצאות, פרט \_\_\_\_\_
- חוסר שיפוט הדורש השגחה או נוכחות של צוות מטפל 24 שעות ביום
- צורך בדרבון והשגחה לביצוע פעילויות חיוניות בבית כמו: ניקיון, ניהול כספים ותקציב, שמירה על היגיינה, הכנת מזון ושימוש במכשירי חשמל ביתיים?

פרט \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### שינה

- האם יש בעיות שינה ?
- כיצד הפונה נוהג לקום בבוקר? פרט \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### תעסוקה פנאי

- האם הפונה משתתף בפעילויות עד הצהריים?
- האם הפונה משתתף בפעילויות אח"הצ ?
- האם הפונה משתתף בפעילויות לאורך כל היום ?

שם ממלא/ת הטופס \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_  
מקום עבודה \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_  
מספר טלפון \_\_\_\_\_ תאריך מילוי הטופס \_\_\_\_\_



# פניה לוועדת שיקום אזורית

## סיכום פסיכוסוציאלי

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
---------	----------	-----------

### סיבות ההפניה לסל שיקום

---



---



---



---

רקע משפחתי בן/בת זוג, ילדים, הורים, אחים ואחיות, מיקום במשפחה, טיב הקשר בין הפונה למשפחתו

---



---



---



---



---



---



---



---

### היסטוריה התפתחותית

---



---



---



---

### שימוש בסמים ואלכוהול (בהווה ובעבר)

פרט במה משתמש?

---

תדירות השימוש?

---

מתי השתמש בפעם אחרונה בסמים או באלכוהול?

---

כמות?

---

ניסיונות לגמילה?

---



## פניה לוועדת שיקום אזורית

### ניסיון קודם בשירותי שיקום :

אילו מסגרות ; מתי , מה הסיבה לסיים התקשרות עם אותן מסגרות ( נא לצרף דוחות רלוונטים )

### היסטוריה תעסוקתית : משך תקופות העבודה , הרגלי עבודה , יחס לעבודה , התנהגות בין אישית

### כיצד הפונה מבלה את שעות הפנאי ?

### באיזו מידה קיימת מוטיבציה לשיקום ?

### כיצד מתבטאת מוטיבציית הפונה לשיקום ?

### העדפות מיוחדות של הפונה .

### מידת השתתפות הפונה בהכנת ההפניה

באיזו מידה שותפה המשפחה בתוכנית השיקומית ומה עמדתה לגבי ההפניה ? ( תומכת , מתנגדת , לא מעורבת , אין משפחה )

# פניה לועדת שיקום אזורית



האם קיימים גורמי תמיכה נוספים למשפחה?

---

---

מה הם המשאבים הכספיים העומדים לרשות הפונה? (נכסים, כספים, הכנסה חודשית, ניירות ערך וכו')

---

---

---

מידת הקשר בין הפונה לכותב/ת הסיכום הפסיכוסוציאלי (מטפל עיקרי; זמן ההכרות; תכיפות הקשר)

---

---

נא להוסיף פרטים רלוונטים נוספים.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

שם ממלא הטופס	_____	חתימה	_____
מקום עבודה	_____	תפקיד	_____
מספר טלפון	_____	תאריך מילוי הטופס	_____





# פניה לוועדת שיקום אזורית

## הערכה תפקודית

הערה : ההערכה התפקודית תתבסס על היכולת של הפונה בתקופה בה מולא הטופס

מפתח לציון ההערכה :  
 1 צמאי בביצוע הפעולה  
 2 זקוק לעידוד לביצוע הפעולה, אך יש לו הידע לבצעה  
 3 זקוק להדרכה לבצע את הפעולה  
 4 מוגבל בביצוע הפעולה

הערכה ע"י המפנה				הערכה ע"י הפונה			
4	3	2	1	4	3	2	1
<b>היגיינה אישית</b>							
<b>סיכום :</b>							
<b>משק בית</b>							
<b>סיכום :</b>							
<b>ניידות והתמצאות בסביבה</b>							
<b>סיכום :</b>							
<b>תפקוד תעסוקתי</b>							
<b>סיכום :</b>							
<b>ניהול כספים</b>							
<b>סיכום :</b>							

# פניה לוועדת שיקום אזורית



מיומנויות חברתיות	הערכה ע"י הפונה	הערכה ע"י המפנה
יוזם קשר עם אדם אחר	כן/לא	כן/לא
מעורב בפעילויות קבוצתיות	כן/לא	כן/לא
מגיב לפניית של אחרים	כן/לא	כן/לא
יכול לקיים קשר חברותי	כן/לא	כן/לא
חברים משמעותיים	כן/לא/1/2/3/יותר	כן/לא/1/2/3/יותר
<b>סיכום:</b>		

מיומנויות שעות הפנאי	באיזה פעילויות פנאי את/ה משתתף?	באיזה תדירות את/ה משתתף בפעילויות אילו?
צופה בטלוויזיה		
הולך לקולנוע		
הולך למסעדות		
שומע מוסיקה		
עוסק בפעילויות ספורט		
משתתף בחוגים בקהילה		
יוצא לטיולים		
הולך למועדונים		
הולך לבית כנסת		
יוצא לגן ציבורי		
קורא ספרים		
אחר, פרט		
עוסק במלאכת יד בבית		
עוסק באומנות בבית		

שם ממלא הטופס _____	חתימה _____
מקום עבודה _____	
מספר טלפון _____	תאריך מילוי הטופס _____



# פניה לוועדת שיקום אזורית

## טופס המלצות הפונה והמפנה והחלטת ועדת השיקום

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
_____	_____	_____
מספר החלטה	תאריך שני החלטה	תאריך קבלת הפניה
_____	____/____/____	____/____/____
מספר החלטה	תאריך החלטה	תאריך החלטה
_____	____/____/____	____/____/____

נא לציין ב X את המסגרת המומלצת ולנמק בדף הבא			החלטת הועדה		
			אישור	דחייה	אישור לתקופה (יש לציין את תקופת האישור)
			המפנה	הפונה	
ד י ו ר	78012	דיוור לווין			
	99343	דיוור מוגן רגיל			
	99354	דיוור מתוגבר			
	99346	הוסטל רגיל			
	99345	הוסטל מתוגבר			
	78011	הוסטל כוללני			
	78006	סיוע חליפי בשכ"ד			
	78007	תוספת לשכ"ד			
ת ע ס ו ק ה	99353	מרכז שיקום : אבחון			
	99359	מרכז שיקום : תהליך שיקום			
	99352	מפעל מוגן			
	78013	תעסוקה נתמכת			
	99358	יחידת תעסוקה ושיקום בקהילה			
	99351	מועדון תעסוקתי			
	99348	מועדון לנוער			
	99350	מועדון מבוגרים			
	78014	שירותי סמך			
	78026	חונכות			
	99347	נופשון			
	78019	השלמת השכלה			
	78015	שירות תמיכה למשפחות			
	99355	מתאם טיפול			
	78009	טיפול שיניים			

מפתח לציון דחייה : (1) פחות מ 40% נכות (2) חוסר שיתוף פעולה של הפונה (3) שימוש בסמים ואלכוהול (4) אי בשלות לתוכנית המומלצת

חתימת הפונה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

שם האחראי למימוש התוכנית \_\_\_\_\_ מספר טלפון \_\_\_\_\_

מספר פקס' \_\_\_\_\_ מקום עבודה \_\_\_\_\_

**נוכחים בוועדה**  
(הפונה, משפחה, אפוסטרופוס, המפנה)

1	_____
2	_____
3	_____
4	_____

**חברי הועדה**

חתימה	שם
1	_____
2	_____
3	_____

10



# פניה לוועדת שיקום אזורית

הערות הועדה :

---

---

---

נימוקי המלצות המפנה / דו"ח מסכם

---

---

---

---

---

---

---

---

נימוקי המלצות הפונה

---

---

---

---

---

חתימה הפונה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_  
חתימה הגורם המפנה \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_  
תאריך \_\_\_\_\_

נימוקי החלטת הועדה :

---

---

---

---

---

---

חתימת רכז שיקום \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_



## פניה לוועדת שיקום אזורית טופס ויתור סודיות

1. נא לצלם דף זה על ניר פירמה של הגורם המפנה.
2. יש לצרפו להפניה לרכז השיקום.
3. לצרף צילום של מנוי אפוטרופוס.

אני הח"מ \_\_\_\_\_ בעל ת.ז. מס' \_\_\_\_\_  
 נותן בזאת ל \_\_\_\_\_  
 למסור ל \_\_\_\_\_  
 את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובכל אופן שידרוש המבקש על מצב בריאותי או שיקומי או על כל מחלה שחליתי  
 בה בעבר או אני חולה בה כיום, או כל מידע אחר.  
 אני משחרר את \_\_\_\_\_ משמירת סודיות רפואית, וחובת ההגנה על  
 פרטיותי בכל הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או מחלותי או מידע כאמור ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה  
 לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

כתב ויתור סודיות זה יהיה בתוקף שנה מיום חתימתו אלא אם כן נמסרה הודעה בכתב.

_____	_____
חתימה	תאריך
<b>אפוטרופוס</b>	<b>עד לחתימה</b>
שם משפחה _____	שם משפחה _____
שם פרטי _____	שם פרטי _____
קירבה _____	תפקיד _____
כתובת _____	חתימה _____
מס' טל' _____	תאריך _____
חתימה _____	
תאריך _____	

שם מסגרת המפנה \_\_\_\_\_  
 חותמת מסגרת המפנה \_\_\_\_\_



טופס הפניה לטיפול דנטלי לזכאי סל שיקום

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

**הערות לטופס :**  
 על הגורם המפנה לדאוג למילוי טופס זה ולצרפו להפניה לוועדת השיקום האזורית.  
 לאחר אישור הוועדה אפשר להפנות את המשתקם לטיפול במרפאת שניים . ראה רשימה מצורפת

מצב נפשי : [ ] שקט [ ] לא שקט  
 שיתוף פעולה : [ ] כן [ ] לא [ ] חלקי  
 מחלות מדבקות [ ] כן [ ] לא ( נא לפרט ) \_\_\_\_\_  
 מחלות גופניות : ( סכרת , יתר לחץ דם , בעיות בקרישה ) \_\_\_\_\_  
 אלרגיות : כן לא ( נא לפרט ) \_\_\_\_\_  
 תרופות ( שם ומינון ) \_\_\_\_\_

שם הרופא \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_  
 תאריך \_\_\_\_\_ מקום עבודה \_\_\_\_\_

**לכבוד :**  
 מנהל/ת המחלקה לשירותים חברתיים  
 מנהל מרפאת השיניים  
 במסגרת סל שיקום אושר טיפול דנטלי עבור :  
 שם \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_

נא למלא את הטופס "בקשה לטיפול דנטלי : זכאי סל שיקום" , המפרט את תוכנית הטיפול, ולשלוח בצרוף צילומים , לאגף לבריאות השן, רכז שירות דנטלי לזכאי סל שיקום, משרד הבריאות , רח' בן טבאי 2 י-ם .  
 אישור התוכנית ישלח למרפאה .  
 עם גמר הטיפול יש למלא " טופס גמר טיפול " ולשלוח לכתובת הנ"ל .

רכז שיקום מחוזי \_\_\_\_\_  
 כתובת \_\_\_\_\_  
 טלפון \_\_\_\_\_



# פניה לוועדת שיקום אזורית

## טופס פניה לקרן שיקום לזכאי סל שיקום

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

שם תואר הגורם המפנה \_\_\_\_\_  
 מקום עבודה וכתובת (מדויקת) \_\_\_\_\_  
 מס' טלפון \_\_\_\_\_ פלאפון \_\_\_\_\_ מס' פקס \_\_\_\_\_

יש לצרף צילום של :

1. הסיכום הפסיכוסוציאלי מתוך הפניה לוועדת השיקום
2. דו"ח רפואי מתוך הפניה לוועדת השיקום
2. צלום תעודת זהות של הפונה
3. צילום החלטת הוועדה

יש לשלוח את החומר לגב' ברכה אנגלרד, מרכזת קרו שיקום משרד הבריאות, רח' הארבעה 12 תל אביב, 64739

פירוט הבקשה ( לפי סדר עדיפות , אין צורך לציין עלות)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

הצעות מחיר יש לצרף רק במקרים מיוחדים כגון : מחשב, קורסים, פלדלת, סורגים או שיפוץ דירה.

לביורורים נא לפנות לכרמלה לב 03-5634717 בין השעות 10:00-12:00 בלבד

טופסי הפניה לקרן שיקום לזכאי סל שיקום חייב להיות חתום ע"י רכז/ת שיקום המחוזי.

אין לשלוח את חומר הפניה בפקס

חתימה המפנה \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

### אישור רכז/ת שיקום אזורית

הנ"ל \_\_\_\_\_ מ.ז. \_\_\_\_\_

עבר/ה ועדת שיקום אזורית בתאריך \_\_\_\_\_ נמצא/ה זכאי/ת לסל שיקום.

חתימה וחותמת רכז/ת שיקום אזורית/ת

תאריך



טופס בקשה לשירות חונך

על מנת להתאים לפונה חונך מתאים, נא למלא את הטופס ולצרפו להפניה לוועדת השיקום

שם \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

ישוב \_\_\_\_\_

גיל \_\_\_\_\_

מין \_\_\_\_\_

שפה \_\_\_\_\_

תחומים שבהם הפונה זקוק לקבל עזרה ע"י חונך

בתחום הדיור ( קשר עם דיירי הבית, קשר עם ועד הבית )

בתחום התעסוקה ( השכמה בבוקר, התמדה במקום עבודה, אסרטיביות )

בתחום חברה ופנאי ( מציאת תחומי עניין אישיים, העשרה של הזמן הפנוי, רכישת השכלה כללית )

העצמה ( עזרה בנגישות למידע, הנחיה למצוי זכויות, התחברות עם ארגוני צרכנים ואסרטיביות )

ליווי כלכלי ( עזרה באיזון וחלוקה של תקציב, ניהול חשבון בנק )

אחר \_\_\_\_\_





טופס בקשה לשירות סומך

על מנת להתאים לפונה סומך מתאים, נא למלא את הטופס ולצרפו להפניה לוועדת השיקום

שם \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

ישוב \_\_\_\_\_

גיל \_\_\_\_\_

מין \_\_\_\_\_

שפה \_\_\_\_\_

תחומים שבהם הפונה זקוק לקבל עזרה ע"י סומך

לזוו אינטנסיבי בתקופת מעבר

קניות

ניהול משק בית

היגיינה אישית

היגיינה סביבתית

אחר \_\_\_\_\_



פניה לביטוח לאומי: מחלקת שיקום

- 1. נא לצלם דף זה על ניר פירמה של הגורם המפנה ולשלוח לסניף המוסד לביטוח לאומי באזור.
- 2. יש לצרף העתק של ויתור סודיות. במידה ויש אפוטרופוס יש לצרף צלום של מנוי האפוטרופוס.

תאריך \_\_\_\_\_

לכבוד  
מנהל/ת מחלקת השיקום  
המוסד לביטוח לאומי  
סניף \_\_\_\_\_

שלום רב,

**הנדון: שירותי שיקום**

שם פרטי \_\_\_\_\_

שם משפחה \_\_\_\_\_

מספר זהות \_\_\_\_\_

הופנה/תה לוועדת שיקום אזורית בתחום ברה"נ.

אודה לך על העברת המידע כדלהלן עד תאריך \_\_\_\_\_ לכתובת הרשומה מטה.

בברכה

שם המטפל \_\_\_\_\_  
 שם המסגרת המפנה \_\_\_\_\_  
 כתובת \_\_\_\_\_  
 עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_  
 מס' פקס \_\_\_\_\_

הנ"ל טופלה/ה ע"י מחלקת השיקום כן  לא  שנה \_\_\_\_\_

במידה וטופלה/ה אודה על צירוף דו"ח קצר על התכניות שאושרו לו/ה בעבר, תאריכי האישור וכן פרטים על טיפולכם בו.

---

---

---

---

---

---

---

---

חתימה מנהל/ת מחלקת שיקום  
המוסד לביטוח לאומי



פניה ביטוח לאומי : נכות כללית

1. נא לצלם דף זה על נייר פירמה של הגורם המפנה ולשלוח לסניף המוסד לביטוח לאומי באזור.
2. נא לצרף העתק של ויתור סודיות לבקשה. במידה ויש אפוטרופוס לצרף צלום של מנוי האפוטרופוס

תאריך \_\_\_\_\_

לכבוד

רכז/ת נכות כללית

המוסד לביטוח לאומי

סניף \_\_\_\_\_

שלום רב,

**הנדון: אחוז נכות נפשית**

מר/גב' \_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_ הופנה/תה לועדת שיקום אזורית בתחום ברה"נ.

אודה לך על העברת המידע כדלהלן עד תאריך \_\_\_\_\_ לכתובת הרשומה למטה.

בברכה,

שם המטפל \_\_\_\_\_

שם המסגרת המפנה \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

מס' פקס \_\_\_\_\_

שם פרטי

שם משפחה

מספר זהות

- א. הנ"ל הגישה/תביעה לקבלת קצבת נכות כן  לא  שנת הגשת התביעה \_\_\_\_\_
- ב. לנ"ל אושרה קצבת נכות מתאריך \_\_\_\_\_ . אחוזי הקצבה \_\_\_\_\_
- ג. סעיפי הנכות הנפשית ( הקיף בעיגול ) 34 33
- ד. אחוזי נכות נפשית \_\_\_\_\_ % סעיפי נכות אחרים \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ % סה"כ אחוזי נכות \_\_\_\_\_ %
- ה. לנ"ל לא אושרה קצבת נכות.



## בקשת דייר לסיוע בשכר דירה

טופס זה מיועד לאדם בדיור מוגן, בדירה בה הוא חתום על חוזה השכירות מול בעל הבית.

1. שם: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_
  2. מקבל שרות דיור מוגן במסגרת עמותה/חברה/יזם: \_\_\_\_\_ - צרף אישור מנהל המסגרת.
  3. כתובת הדירה: \_\_\_\_\_
  4. מספר חדרי השינה: \_\_\_\_\_
  5. האם בנוסף לחדרי השינה יש בדירה סלון? \_\_\_\_\_
  6. מספר הדיירים: \_\_\_\_\_
  7. שכר הדירה שהינך מתבקש לשלם ע"פ החוזה: \_\_\_\_\_ צרף צילום החוזה.
  8. סכום הסיוע המבוקש: \_\_\_\_\_ נמק: \_\_\_\_\_
  9. האם הינך מקבל סיוע ממשד השיכון? \_\_\_\_\_
  10. אם אינך מקבל; מדוע? (פרט תהליכי הפניה למשרד השיכון, הגשת ערעורים וכל פעולה נוספת שנקטה. צרף צילום כל המסמכים הנוגעים בדבר).  
\_\_\_\_\_
  11. האם מונה לך אפוטרופוס? \_\_\_\_\_ - אם כן, צרף צילום הצו וכתבתו של האפוטרופוס.
  12. האם מונה לך "מקבל קיצבה"? \_\_\_\_\_ - אם כן – פרט שמו וכתבתו.
  13. אם יש בבעלותך רכוש כלשהו (כגון כספים בחשבונות חסכון, הכנסות מהארץ או מחו"ל, זכות בעלות (מלאה או חלקית) בדירה או בקרקע וכו')? פרט: \_\_\_\_\_
  14. פרט הכנסתך החודשית מכל המקורות (כולל קיצבה) \_\_\_\_\_
- הריני מצהיר כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הם נכונים ומלאים ואני מתחייב בזאת לדווח לרכז השיקום המחוזי על כל שינוי במצבי הכלכלי או בנתונים שפורטו במסמך זה.

תאריך

חתימת הדייר

במקרה שלדייר יש אפוטרופוס יחתום האפוטרופוס על ההצהרה הבאה:

בקשה זו מוגשת על ידי בשם מר/גב' \_\_\_\_\_ בתוקף תפקידי כאפוטרופוס.

הריני מצהיר כי הפרטים המופיעים בטופס זה הם נכונים ומלאים למיטב ידיעתי ואני מתחייב בזאת לדווח לרכז השיקום המחוזי על כל מידע חדש שיגיע אלי בקשר למצבו הכלכלי של הנ"ל או על שינוי בנתונים שפורטו במסמך זה.

כאשר יש אפוטרופוס:



חתימה

תאריך

להלן רשימת כתובות לשליחת טפסי הפניה לועדת שיקום אזורית

מחוז חיפה

גב' מוריה טייג  
גב' גיתית רינות  
לשכת הבריאות מחז חיפה  
לשכת פסיכיאטר המחוזי/אזורי  
רח' הפרסים 15  
חיפה ת.ד. 9526 מיקוד 35055  
מס' טלפון 04-8619809  
מס' פקס 04-8619777

מחוז צפון

יוסי קנטופסקי  
לשכת בריאות מחוז צפון  
לשכת פסיכיאטר המחוזי/אזורי  
רח' המלאכה 3  
נצרת 17000  
מס' טלפון 04-6557876/8  
מס' פקס 04-6470443

מחוז תל אביב

גב' מירית כנעני  
גב' שרה קריאל  
לשכת הבריאות מחוז תל אביב  
לשכת פסיכיאטר המחוזי/ אזורי  
רח' הארבעה 12  
תל אביב  
מס' טלפון 03-5634810  
מס' פקס 03-5620567

מחוז מרכז

גב' רונית דודאי  
גב' דינה ברק  
לשכת הבריאות מחוז מרכז  
לשכת פסיכיאטר המחוזי/ אזורי  
קירית הממשלה  
רח' הרצל 91  
רמלה  
מס' טלפון 08-9788616/7/8  
מס' פקס 089788619

מחוז דרום

גב' מילי נווה  
לשכת הבריאות מחוז דרום  
לשכת פסיכיאטר המחוזי/ אזורי  
רח' החלוץ 136  
באר שבע ת.ד. 10050 מיקוד 84001  
מס' טלפון 08-6282450  
מס' פקס 08-6282438

מחוז ירושלים

גב' פמלה פרלמן  
לשכת פסיכיאטר המחוזי/אזורי  
בי"ח כפר שאול  
ת.ד. 6358  
ירושלים 91060  
מס' טלפון 02-6551419/20  
מס' פקס 02-6525136





# רשות המיסים

## בקשה לפטור ממס הכנסה







לכבוד:

פקיד השומה

## בקשה לפטור ממס

עפ"י סעיף 9 (5) לפקודת מס הכנסה

## פרטי המבקש/ת

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
כתובת		מספר טלפון

א.  אבקש לזמן אותי לועדה רפואית לצורך קביעת אחוזי נכות מהסיבות הבאות:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ב.  זאת פנייתי הראשונה.  עברתי ועדה רפואית בתאריך \_\_\_\_\_.

ב.  נקבעו לי אחוזי נכות עפ"י (רצ"ב אישור ופרוטוקול הועדה הרפואית):

<input type="checkbox"/> חוק הנכים (תגמולים ושיקום)	בשיעור % _____	מתאריך _____
<input type="checkbox"/> חוק נכי מלחמה בנאצים	בשיעור % _____	מתאריך _____
<input type="checkbox"/> חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה	בשיעור % _____	מתאריך _____
<input type="checkbox"/> חוק הביטוח הלאומי (פרקים ג, 21, 22)	בשיעור % _____	מתאריך _____

ג.  פרטים לגבי הכנסותי החייבות במס לתקופה בה מבוקש הפטור (יש לרשום את סוג ההכנסה - משכורת, עסק, קצבאות, שכר דירה וכד'): \_\_\_\_\_

משכורת - שם המעביד \_\_\_\_\_ מספר תיק ניכויים \_\_\_\_\_

קצבה - שם המעביד \_\_\_\_\_ מספר תיק ניכויים \_\_\_\_\_

עסק \_\_\_\_\_

שכ"ד \_\_\_\_\_

הכנסות אחרות, פרטי/י \_\_\_\_\_

ד. הצהרה

א. ידוע לי כי ניתן לדרוש החזרי מס רטרואקטיבית שש שנים אחורה או תקופה קצרה יותר, לפי הפקודה.

ב. הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים ומדויקים וידוע לי כי אני צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן.

\_\_\_\_\_ תאריך

\_\_\_\_\_ חתימה

