

## طلب دفع مخصص الإعاقة / استمرار المخصص - المستندات المطلوبة בקשה לתשלום קצבת נכות/המשך קצבה - מסמכים נדרשים

مرحبًا שלום רב,

مُرفق أدناه نموذج طلب للحصول على مخصص الإعاقة / الاستمرار في دفع مخصص الإعاقة  
מ"ב מטה טופס בקשה לקבלת קצבת נכות/המשך תשלום קצבת נכות.  
لكي تتمكن من معالجة طلبك، نطلب منك ملئ المستندات التالية وإرسالها إلينا.  
כדי שנוכל לטפל בבקשתך, נבקשך למלא ולהעביר אלינו את המסמכים הבאים

### ما الذي يجب إرفاقه بنموذج الطلب ما יש לצרף לטופס הבקשה?

- نموذج طلب (أصلي) للحصول على مخصص الإعاقة / استمرار الإعاقة، مُموقع من قبلك  
טופס בקשה לקבלת קצבת נכות/המשכת נכות מקורי וחתום על ידך.
- صورة لبطاقة الهوية تشمل الملحق. צילום תעודת זהות הכולל ספח
- تأكيد أصلي وموقع من البنك يدل على إدارة حساب.  
אישור ניהול חשבון מקורי וחתום על ידי הבנק
- مستندات طبية حديثة مترجمة إلى العبرية تدل على حالة الإعاقة وعواقبها الصحية. في حالة تقديم طلب  
לאستمرار الحصول على مخصص الإعاقة، يجب إرفاق المستندات التي تثبت استمرار أو تفاقم الحالة الصحية  
التي تمت الموافقة على المعاش من أجلها. لن يتم قبول المستندات الطبية بدون توقيع وختم الطبيب. מסמכים  
רפואיים עדכניים ומתורגמים לעברית המעידים על מקרה הנכות ועל השלכותיו הבריאותיות. במקרה של בקשה להמשך  
קצבת נכות יש לצרף מסמכים המעידים על המשך או החמרת הבעיה אשר בגינה אושרה קצבה. מסמכים רפואיים ללא  
חתימה וחותמת רופא לא יתקבלו.
- تأكيد على استنفاد أيام المرض من قبل صاحب العمل. يجب أن تحدد المصادقة التاريخ الدقيق الذي سيتم فيه  
استنفاد الأيام المرضية (اليوم، الشهر، السنة).  
אישור מיצוי ימי מחלה מהמעסיק. על האישור לציין את המועד המדויק בו ימוצו ימי המחלה (יום, חודש, שנה).
- قرارات وبروتوكولات وزارة الصحة الفلسطينية وأي وثيقة داعمة تتعلق بالطلب.  
החלטות ופרוטוקולים של משרד הבריאות הפלסטיני וכל מסמך תומך אשר נוגע לבקשה
- تنازل عن السرية الطبية موقع من قبلك (مرفق في هذا المستند).  
כתב ויתור על סודיות רפואית חתום על ידך (מצורף במסמך זה).
- تأكيد استلام مخصص و/أو مكافأة لمرة واحدة من مؤسسة التأمين الوطني (إذا حصلت على مخصص).  
אישור על קבלת קצבה ו/או מענק חד פעמי מביטוח לאומי (במידה וקיבלת).

كيف يتم إرسال المستندات אין לשלוח את המסמכים?

כתובתנו למשלוח דואר:  
 עמיתים לעתיד  
 ת"ד 33532  
 תל אביב 6133401  
 ישראל

عنواننا البريدي:  
 عميتيم لعيتيد  
 ص.ب 33532  
 تل ابيب 6133401  
 اسرئيل

معلومات هامة חשוב לדעת

- התקדם בطلب للحصول على مخصص الإعاقة يلغى أهليتك واستحقاق وراثتك لسحب الأموال. הגשת בקשה לקצבת נכות מבטלת את זכאותך וזכאות יורשיך למשיכת הכספים
- فقط بعد استلام جميع المستندات بطريقة مقروءة وسليمة يمكننا معالجة طلبك רק לאחר קבלת כל המסמכים באופן קריא ותקין נוכל לטפל בבקשתך
- يمكن للمؤمن عليه التقدم بطلب للحصول على مخصص الإعاقة بعد أن تمنعهم صحتهم من العمل لمدة 90 يومًا أو أكثر. מבטוח יוכל להגיש בקשה לקצבת נכות לאחר שמצב בריאותו מונע ממנו לעבוד במשך 90 יום ומעלה

מודג طلب دفع مخصص الإعاقة / استمرار مخصص الإعاقة  
 טופס בקשה לתשלום קצבת נכות/המשך גמלת נכות

1. تفاصيل المؤمن عليه / פרטי המבוטח/ת

رقم الهوية מספר תעודת זהות	جنس مין זכר / أنثى נקבה	اسم العائلة שם משפחה	الاسم الشخصي שם פרטי	تاريخ الميلاد תאריך לידה
الحالة الاجتماعية מצב משפחתי (يرجى وضع دائرة حولها NA לסמן בעיגול)	اسم الأب שם האב	اسم الجد שם הסב	رقم الخلي טלפון נייד	
أعزب / عزباء רווקה متزوج / נשוי/ה مُطلق / גרושה أرمل / אלמ/נה				
عنوان السكن/الشارع	כתובת מגורים/רחוב	رقم المنزل מס' הבית	مدينة עיר	البريد الإلكتروني דואר אלקטרוני

أنا אני \_\_\_\_\_ حامل هوية رقم מספר ת.ז. \_\_\_\_\_ أطلب الموافقة على מבקשת/ת לאשר לי:

- طلب الحصول على مخصص الإعاقة בקשה לקבלת קצבת נכות
- طلب استمرار دفع مخصص الإعاقة בקשה להמשך תשלום קצבת נכות

אָר בָּאן אִיעָאקֶה הִי נִתְיִיעָה (יִגְבַּב וּזְעָ עֵלֶמֶת X עַל סִבֵּב אִיעָאקֶה)  
אני מצהירה/ה כי הנכות היא תוצאה של (יש לסמן X בסיבת הנכות):

- מרז מחלה  
 חֵאדֵת עֵמֶל תֵאונֵת עֵבֻדֵה  
 המרז המהני (המרז הנאגמ ענ עמלק) מחלת מקצוע (מחלה שנגרמה בשל עבודתך)  
 חֵאדֵת סִיעָרֶה תֵאונֵת דֵרֵכִים  
 אֵעֵמָל אֵעֵדֵאִיֵה עֵעֻלֻת אֵיבֵה  
 חֵדֵת יִשְׁכֵּל אֵסָאָסָה לְהִמְטָלֵבֶה בַּלְתַּעֻוִּיז בְּמֻגֵב קָאנוֹן אֵזְרָר (מִשֵּׁל אֵזְרָר הַנֵאגֵמ עֵנ אֵהֵמָל שֵׁחַשׁ אֻ אַעֵתֵאָה)  
 אֵירֻעֵה הַמֵּהוּוֶה עֵילֵה לְתַבִּיעֵת פִּיעֻזִּים לְפִי פִקֻודֵת הַנְזִיקִין (כְּגוֹן נֵזֵק שֵׁנֵגֵרֵם בִּשְׁל רֵשְׁלוֹת שֵׁל אָדָם אֻ בִּשְׁל תִקִּיפֵה)  
 אֵתְפֵאֵסִיל פִּירוֹט \_\_\_\_\_

יִרְגִּי וּזְעָ עֵלֶמֶת X נָא לִסְמֵן בִּ X  
 אֵחֵסֵל עַל מֵחַשׁ מֵן מְוֵסֵסֶה אֵתְמִין הַוּטְנִי אֻ מֵן אֵי הֵיֵעָ אֵחֵרִי בִּי דֻלֵה אִסְרָאֵיל (אִזָּא כָאן אֵמֵר כִּזֵּלֵק - יִרְגִּי אֵרְפָאק הַמְרָאע)  
 אני מקבל/ת קצבה מהמוסד לביטוח לאומי או כל גוף אחר במדינת ישראל (אם כן - נא לצרף אסמכתאות)  
 נֵעֵם כֵן  
 לֹא

חֵסֵלֵת עַל מִכָּאָה לְמֵרֶה וְאֵחֵדֶה מֵן מְוֵסֵסֶה אֵתְמִין הַוּטְנִי אֻ מֵן אֵי הֵיֵעָ אֵחֵרִי בִּי דֻלֵה אִסְרָאֵיל (אִזָּא כָאן  
 אֵמֵר כִּזֵּלֵק - יִרְגִּי אֵרְפָאק הַמְרָאע)  
 קֵיבֵלְתִי מֵעֵנֵק חֵד פֵעֵמִי מֵבִיטוּחַ לֵאוּמִי אֻ כֵּל גּוֹף אֵחֵר בַּמְדִּינֵת יִשְׂרָאֵל (אם כן - נא לצרף אסמכתאות)  
 נֵעֵם כֵן  
 לֹא

## 2. תְפֵאֵסִיל הַזְוִג / הַזְוִגֶה פֵרְטִי בֵן/בֵּת הַזְוִג

מְקָאן הָעֵמֶל מְקוֹם עֵבֻדֵה	תָרִיחַ הַמֵּילָאד תָאֵרִיךְ לִידֵה	אֵלֵסֵם הַשֵּׁחַשֵּׁי שֵׁם פֵרְטִי	אֵסֵם הָעֵאֵלֶה שֵׁם מִשְׁפַּחָה	רִקֵּם הַהֵוִיעָה מִס' ת"ז
רִקֵּם אֵחֵלוּי טֵלְפוֹן נֵיִד		תָרִיחַ הַזְוִאג תָאֵרִיךְ נִישׁוּאִין		חֵאלֵה סֵטֵטוּס
				מֵתְזוּג/ֶה נִשׁוּיָה זְוִאג מִסָּאכְנֵה יֵדוּעָה בִּצִיבֻר

מְקָאן הָעֵמֶל מְקוֹם עֵבֻדֵה	תָרִיחַ הַמֵּילָאד תָאֵרִיךְ לִידֵה	אֵלֵסֵם הַשֵּׁחַשֵּׁי שֵׁם פֵרְטִי	אֵסֵם הָעֵאֵלֶה שֵׁם מִשְׁפַּחָה	רִקֵּם הַהֵוִיעָה מִס' ת"ז
רִקֵּם אֵחֵלוּי טֵלְפוֹן נֵיִד		תָרִיחַ הַזְוִאג תָאֵרִיךְ נִישׁוּאִין		חֵאלֵה סֵטֵטוּס
				מֵתְזוּג/ֶה נִשׁוּיָה זְוִאג מִסָּאכְנֵה יֵדוּעָה בִּצִיבֻר

3. **أولاد المؤمن عليه حتى سن 21 عاماً أو أولاد مُعاقين غير القادرين على إعالة أنفسهم  
ילדי המבוטח עד גיל 21 או ילדים נכים שאינם מסוגלים לכלכל את עצמם**

اسم الولد שם הילד	رقم الهوية מספר ת.ז.	תאריך המילاد תאריך לידה	תאריך بدء الإعاقة (ينطبق على الأطفال المعوقين فقط) מועד תחילת הנכות (רלוונטי לילדים נכים בלבד)

4. **معلومات اتصال إضافية (باستثناء زوجتك) פרטי איש קשר נוסף (פרט לבן/בת הזוג)**

الاسم الكامل שם מלא	العقابة العائلية קירבה	الهاتف טלפון	عنوان כתובת	البريد الإلكتروني דואר אלקטרוני

5. **تفاصيل الحساب المصرفي פרטי חשבון בנק**

اسم البنك שם הבנק	اسم الفرع שם הסניף	رقم الفرع מספר סניף	رقم الحساب מספר חשבון	الاسم الكامل باللغة الإنجليزية حسب المسجل في أوراق البنك שם מלא באנגלית כמופיע בדפי הבנק

الحساب البنكي باسمي ولا يدار في فرع بنك في غزة

חשבון הבנק הוא על שמי ואינו מתנהל בסניף בנק בעזה

أوافق بموجب هذا وأؤكد أنه في حالة إجراء الدفع إلى هذا الحساب عن طريق الخطأ بعد وفاتي بما يتجاوز أهليتي بموجب أي قانون، يحق للبرنامج استرداد الأموال من البنك فور الطلب الأول. أعطي تعليمات غير قابلة للإلغاء للبنك لتنفيذ ما سبق ذكره (يجب إرفاق تعليمات غير قابلة للإلغاء بتوقيع البنك).

אני מסכים/ה ומאשר/ת בזאת כי בכל מקרה שיועבר תשלום לחשבון זה בטעות לאחר פטירתי מעבר לזכאותי ע"פ כל דין תהיה התכנית זכאית לקבל מהבנק החזר תשלום מיד עם דרישה ראשונה. אני נותן/ת הוראה בלתי חוזרת לבנק לביצוע האמור (יש לצרף הוראה בלתי חוזרת בחתימת הבנק).

أنا الموقع:  
על החתום:

_____	_____	_____	_____
التوقيع חתימה	التاريخ תאריך	رقم الهوية מס' ת"ז	الاسم الكامل שם מלא

6. **استنفاد الأيام المرضية מיצוי ימי מחלה**

تاريخ انتهاء استنفاد أيام المرض תאריך סיום מיצוי ימי מחלה  
السنة سنة / الشهر חודש / اليوم יום

يجب إرفاق تأكيد من صاحب العمل الأخير بشأن تاريخ استنفاد أيام المرض  
יש לצרף אישור מהמעסיק האחרון לגבי מועד מיצוי ימי המחלה



اسم المؤمن عليه שם המבוטח \_\_\_\_\_ رقم الهوية ת"ז \_\_\_\_\_

תوقيع المؤمن عليه / חתימת המבוטח \_\_\_\_\_ التاريخ תאריך \_\_\_\_\_

### 8. الالتزام بتقديم "شهادة حياة" لمتلقي الخصاص حوت המצאת "אישור חיים" למקבל קצבה

נظرًا لأن الأهلية للحصول على الخصاص تنتهي عند وفاة المستفيد/ة من الخصاص، يجب عليك تقديم "شهادة حياة" للصندوق مرة كل 6 أشهر. وسيؤدي عدم تقديم هذه الشهادة إلى تجميد استمرار مدفوعات الخصاص. מאחר וזכאות לקבלת קצבה פוקעת עם פטירת מקבלת הקצבה, מחובתך להמציא "אישור חיים" לתכנית אחת ל 6 חודשים. אי המצאת אישור זה יגרור הקפאת המשך תשלומי הקצבה.

التنازل عن السرية وיתור סודיות

אני الموقع أدناه אני הח"מ \_\_\_\_\_, رقم الهوية ת.ז. \_\_\_\_\_

عنوان السكن כתובת מגורים \_\_\_\_\_

אמנח الإذن بموجب هذا لأي موظف في شركات / وكالات التأمين القائمة لتقديم المواد و / أو المعلومات المتعلقة بالتأمينات و / أو المطالبات من أي نوع و / أو الحوادث السابقة و / أو المتأخرة التي تعرضت لها، بما في ذلك حالة الدعوى. بالإضافة إلى ذلك، أعطي بموجب هذا لأي موظف طبي و/أو مؤسسة طبية و/أو تأهيلية و/أو صندوق صحة و/أو جيش الدفاع الإسرائيلي و/أو وزارة الدفاع و/أو وزارة الصحة و/أو وزارة الشؤون الاجتماعية و/أو مؤسسة التأمين الوطني و/أو أي شخص لديه معلومات، كل منهم معاً أو كل منهم على حدة (فيما يلي - أصحاب المعلومات)، لتزويد البرنامج، أو أي شخص سيعينه البرنامج (فيما يلي - المتقدمون)، بالتفاصيل دون استثناء وبالطريقة التي يطلبها مقدمو الطلبات، حول ظروفى الصحية، بما في ذلك صحتى العقلية أو الفكرية بما في ذلك المعرفية أو الدائمة أو المؤقتة، بما في ذلك الأمراض التي أصبت بها في الماضي و / أو التي أعانى منها حالياً والقيود على أدائى بسبب هذه الإعاقات، بما في ذلك أى معلومات اجتماعية ناجمة عن حالتى الصحية. أعفى بموجب هذا أصحاب المعلومات والموظفين أو الموظفين في إطارهم و / أو الذين يتصرفون نيابة عنهم، من الالتزام بالحفاظ على السرية الطبية فيما يتعلق بالمعلومات المذكورة أعلاه، والتنازل عن هذه السرية تجاه المتقدمين، ولن يكون لدي أي دعوى أو مطالبة من أي نوع ضد أصحاب البيانات أو المتقدمين فيما يتعلق بتوفير هذه المعلومات.

נותן/ת בזאת רשות לכל עובד חברות/סוכנויות ביטוח הקיימות למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים ו/או לתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה. כמו כן, אני נותן/ת בזאת לכל עובד רפואי ו/או למוסד רפואי ו/או שיקומי ו/או לקופת חולים ו/או לצבא ההגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד הבריאות ו/או למשרד הרווחה ו/או למוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מי שבידיו מידע, כולם יחד או כל אחד מהם לחוד (להלן - מחזיקי המידע), למסור לתכנית, או לכל מי שהתכנית תמנה (להלן - המבקשים), את הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים, על מצבי הבריאותי, כולל בריאותי הנפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית שיש לי, לרבות מחלות שחליתי בהן בעבר ו/או שאני חולה בהן בהווה ועל ההגבלות על תפקודי בשל לקויות אלה, ולרבות כל מידע סוציאלי הנובע ממצבי הבריאותי. אני משחרר/ת בזה את מחזיקי המידע ואת העובדים או המשרתים במסגרתם ו/או הפועלים מטעמם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למידע הנזכר לעיל, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקשים, ולא תהיה לי כלפי מחזיקי המידע או כלפי המבקשים כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת המידע כאמור.

اسم المؤمن عليه שם המבוטח \_\_\_\_\_ رقم الهوية ת"ז \_\_\_\_\_

תوقيع المؤمن عليه / חתימת המבוטח \_\_\_\_\_ التاريخ תאריך \_\_\_\_\_