



מקור
1

מדינת ישראל

משרד הביטחון/אגף שיקום נכים
היחידה לחביעות, וקביעת זכויות

מס' תיק

סמל ישוב

לשכה

בקשה להכרת זכות (מחלה)

לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום) תשי"ט 1959 (נוסח משולב)

אגף שיקום נכים

להשגמת לבו של ממלא העופס:
 1. כפרטים המסומנים בכוכב * סמן ב- x כמשבצת המחאימה וכן הקפד לסמל את החלוש למחלקת תשבועות.
 2. דייק זה בחשבוך וכן חשבוות מלאות. בעת הפיול בחביעתך על ידי קצין החגמולים או על ידי ועדת ערר לא חורשה לסמנת ממאר העובדות כפי עתיארה אותן בטופס זה ללא קבלת רשות מיוחדת.
 3. אתה רשאי להיות מיוצג לצורך חביעתך על ידי עורך דין או גם על ידי אדם אחר אם אין איתו אדם עושה את הייצוג דרך עיסוק או תסורה.
 לאתר שהוורחי כי עלי לאמר את האמת כולה ואת האמת כלבר וכי אהיה צפוי לשונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן מצהיר כזה כלהלן.

א. פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	שם משפחה קודם	מס' זהות	מין
					זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>

מס' אישי בצה"ל	מס' שוטר/סוהר	ת. לידה	ארץ לידה	ת. עליה לארץ

כתובת מגורים	רחוב	מס' דירה	מס' ביח	ישוב	מיקוד	טלפון + סוללרי

* מצב משפחתי	מס' ילדים	שם הכעל/האשה	ילדים		ת. לידה	שם	ת. לידה	שם	ת. לידה
			1	2					
<input type="checkbox"/> רווק									
<input type="checkbox"/> נשוי									

חברות בקופ"ח	היום	בעבר	מחאריך	עד מחאריך	שם הקופה וכחובתה	שמוז החפאים הממפלים ומקצועם

מקום עבודה/אחרון/נוכחי	שם	כחובת	משלח יד/חפקיד	מס' טלפון

ב. פרטים אודות השירות

סוג השירות	ח ניס	פרופיל	ת. שחרור	פרופיל	פרטי היח' או רצ	חפקיד	דרגה	חיל
חובה								
קבע								
מילואים								
עוטר								
סוהר								
אחר								

* פטור משירות לא כן מחאריך..... מסיבה.....

אם אינך פטור מהשירות ציין רצ. נוכחי.....

* האם נחבלת בעבר: האם הנשת בעבר תביעה למשהב"ט לא כן מס' תביעה:.....

לא כן מחאריך..... בסיבות..... מקום הפגיעה בוף.....

* האם הנשת בקשה לקצבה/גמלה לפי חוק. לא

כן כמפול סיף בטוח לאומי/אחר..... מחאריך.....

אושר כי מאח..... סיף..... מחאריך.....

ג. המחלה

פרטי השירות במהלכו חלית	סוג השירות	פרטי השירות	תפקיד ביחידה	תאריכי השירות	דרגה	חיל
פרטי מפקדך הישיר בתקופת הופעת המחלה או התמרתה						

תאור המחלה

פרט בצורה מלאה ומדויקת את העובדות והשחלעלות הענינים הקשורים למחלה עם המחלה כולל מועד תחילת סימיה (סימפטומים). תאור הסמפטומים וכן פרטים נובי התופעות מהן הן סובל. (אם המקום אינו מספיק, נא צרף דף נוסף).

יש לצרף אישור היחידה בה שרתת.

תאר כיצד גרמו תנאי השירות למצבך

האם מישוה מבני משפחתך סובל ממחלה זו, פרט

עדים היכולים להעיד על נסיבות המחלה: לא כן ופרטיהם:

שם משפחה	שם פרטי	ת. זהות או מספר אישי	כתובת אולחית	ד.צ.	תפקיד	מספר טלפון

* אי ציון שמות עדים משמעו שאין עדים לארוע.

הערות:

אני עובד במשרד הביטחון כן / לא . היכן אני קרוב משפחה של עובד המשרד כן / לא . ציון קרבה _____

מוסדות רפואיים בהם טופלתי בנין המחלה. לרבות מרפאות מקצועיות.

במקרה של התמרת המחלה, ציין שמות כל המוסדות הרפואיים בהם טופלת בנין המחלה ולפני הערות כו חלה ההתמרה

שם המוסד הרפואי	תדר מיון	אנשפון	מרפאה	תאריכי טיפול מ - עד	שם הרופא המטפל

האם התנהלה חקירה

לא כן, ע"י _____

מקום החקירה _____ מס' החיק _____

ד. הצהרה

הני מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם לפי דעתי וכונים ומלאים ופי המצאתי כל הפסמפים שבדשותי הקשורים בחכינה זו וידוע לי שאהיה צפוי לעונש בהתאם לחוק בעד מסירת ידיעה כזוכת

כתב ויתור על סודיות

השם: _____
מספר תעודת זהות: _____
מרפאה: _____
מ.א. בצה"ל: _____
הכתובת: _____
חבר בקופת חולים: _____
שם רופא המשפחה: _____

אני הח"מ מבקש בזה מאת קופת חולים ומאת כל רופא, פסיכולוג, עובד רפואי, המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו, כל עובד של המוסד לביטוח לאומי, כל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי, בתי חולים, שלטונות צה"ל, מוסד שיקומי, לשכה לשירותי רווחה, מוסדות חינוך, "מבטחים", ו/או כל גוף אחר כל שהוא, למסור למשרד הביטחון, ליועץ המשפטי לממשלה ו/או נציגיו ו/או מי מעובדיו ו/או פקידיו ו/או חוקריו ו/או מי מטעמו (להלן: המבקש) בהתאם לבקשתו ומזמן לזמן, את כל הפרטים והמסמכים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרוש המבקש, על מצבי הבריאותי ו/או הנפשי ו/או הסוציאלי ו/או הכלכלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או החינוכי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה, חלילה, בעתיד וכל מידע לגבי שכרי, הכנסותי, זכויותי, ותגמולי בעבר, בהווה ובעתיד. הנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם וכל עובד מעובדיכם וכל עובד רפואי ו/או עובד אחר ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים, כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטרים ו/או שיקומיים ו/או כל סניף מסניפיכם ו/או כל מוסד חינוכי ו/או כל רשות מס ו/או כל מוסד אחר ו/או מקומות עבודתי מחובת שמירה על סודיות רפואית וכללית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי ו/או מצבי הנפשי ו/או מצבי הסוציאלי ו/או הכלכלי ו/או מצבי בתחום החינוכי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או עבודתי והכנסותי וזכויותי ותגמולי ומתיר לכם בזאת מתן מידע מכל תיק ו/או קובץ שנפתח על שמי בכל מוסד ממוסדותיכם, כולל המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם, משלם וישלם לי, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם/הם כל טענה ו/או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

אני מודע לכך שבכל התיעוד שיועבר על ידכם ייעשה שימוש בהליך המשפטי שאני מנהל מול מדינת ישראל, ואני מבקש כי התיעוד המצוי בידיכם יועבר בשלמותו לנציגי המדינה, כמפורט לעיל.

ולראיה באתי על החתום:

_____ חתימה

עד לחתימה: _____

תאריך: יום _____ לחודש _____ שנת _____

כתב ויתור על סודיות

השם: _____
מספר תעודת זהות: _____
מ.א. בצה"ל: _____
הכתובת: _____
חבר בקופת חולים: _____
שם רופא המשפחה: _____

אני הח"מ מבקש בזה מאת קופת חולים ומאת כל רופא, פסיכולוג, עובד רפואי, המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו, כל עובד של המוסד לביטוח לאומי, כל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסיעודי, בתי חולים, שלטונות צה"ל, מוסד שיקומי, לשכה לשירותי רווחה, מוסדות חינוך, "מבטחים", ואו כל גוף אחר כל שהוא, למסור למשרד הביטחון, ליועץ המשפטי לממשלה ואו נציגיו ואו מי מעובדיו ואו פקידיו ואו חוקריו ואו מי מטעמו (להלן: המבקש) בהתאם לבקשתו ומזמן לזמן, את כל הפרטים והמסמכים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרוש המבקש, על מצבי הבריאותי ואו הנפשי ואו הסוציאלי ואו הכלכלי ואו הסיעודי ואו השיקומי ואו החינוכי ואו על כל מחלה שחליתי בה בעבר ואו שהנני חולה בה כעת ואו שאחלה בה, חלילה, בעתיד וכל מידע לגבי שכרי, הכנסותי, זכויותי, ותגמולי בעבר, בהווה ובעתיד. הנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם וכל עובד מעובדיכם וכל עובד רפואי ואו עובד אחר ואו כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים, כולל בתי חולים כלליים ואו פסיכיאטרים ואו שיקומיים ואו כל סניף מסניפיהם ואו כל מוסד חינוכי ואו כל רשות מס ואו כל מוסד אחר ואו מקומות עבודתי מחובת שמירה על סודיות רפואית וכללית בכל הנוגע למצב בריאותי ואו מחלותי ואו ואו מצבי הנפשי ואו מצבי הסוציאלי ואו הכלכלי ואו מצבי בתחום החינוכי ואו הסיעודי ואו השיקומי ואו עבודתי והכנסותי וזכויותי ותגמולי ומתיר לכם בזאת מתן מידע מכל תיק ואו קובץ שנפתח על שמי בכל מוסד ממוסדותיכם, כולל המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם, משלם וישלם לי, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם/הם כל טענה ואו תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

אני מודע לכך שבכל התיעוד שיועבר על ידכם ייעשה שימוש בהליך המשפטי שאני מנהל מול מדינת ישראל, ואני מבקש כי התיעוד המצוי בידיכם יועבר בשלמותו לנציגי המדינה, כמפורט לעיל.

ולראיה באתי על החתום:

_____ חתימה

עד לחתימה: _____

תאריך: יום _____ לחודש _____ שנת _____