

מדינת ישראל
משרד הביטחון/אגף השיקום

דף הסבר - הוראות למילוי טופס ש/106/1

לזכאי המבקש לקבל תגמול מיוחד/נוסף לפי תקנה 14 / 15 של תקנות הנכים (טיפול רפואי). אנא קרא/י בעיון את דף ההסבר, לאחר מכן מלא/י את הטופס בדיו ובכתב ברור.

הוראות למילוי טופס הבקשה

הזכאות לקבלת תט"ר

תשלום תגמול לפי תקנות טיפול רפואי (תט"ר) ותנאים סוציאליים נלווים יינתן לזכאי או לנכה שהוכר ע"י קצין התגמולים כנכה צה"ל (בדרגת נכות של לא פחות מ- 20% (או 10% לזכאי שהוכר לפני 1.1.96) ונקבע ע"י הרופא המוסמך המחוזי כאינו כשיר לעבודה עקב היותו זקוק לטיפול רפואי בשל נכותו המוכרת.

הגשת בקשה לתט"ר

הפונה בבקשה לקבלת תט"ר יגיש את בקשתו בצירוף כל המסמכים הדרושים לעובד האחראי לנושא במרפאה שבמחוז השיקום בו הוא מטופל. (פונה המאושפז בבית החולים ולא נמצא עדיין בטיפול מחוז שיקום יפנה את בקשתו למקשר האחראי למאושפזים בבי"ח).

סעיף פרטים אישיים

מלא/י פרטים מליאים כפי שרשומים בתעודת הזהות (ועפ"י תעודת השחרור שבידך - בפנייה הראשונה בלבד).

סעיף ב'

ציין/י במדויק התאריכים שאושרו ע"י הרופא המוסמך במחוז.

סעיף ג'

ציין/י X במשבצת לפי העניין, כמו כן ולפי הצורך צרף/י: אישור על טיפולים רפואיים/אישור שהייה בחמי מרפא (אישור בית מלון/חמי מרפא).

סעיף ד'

אם התשלום הינו לזכות המעביד, יש לצרף אישור ממקום העבודה שהשכר עבור התקופה המבוקשת שולם על ידו בצרוף שלושה תלושי שכר אחרונים. באישור יצוינו פרטי הבנק בחתימת המעביד (שם הבנק, כתובתו, מס' הסניף ומס' החשבון). אם התשלום הינו לפקודתך, צרף/י אישור המעביד שלא שולם לך שכר עבור התקופה המבוקשת + שלושה תלושי שכר אחרונים המתייחסים לתקופה בתכוף לפני חופשת המחלה.

סעיף ה'

סמן X במקום המתאים.

עצמאי

הקפד/י לצרף המסמכים לפי הצורך: הצהרת שומה, או אישור מרואה החשבון המתייחס לשנת המס שהסתיימה בסמוך להגשת בקשה זו, אישור תאריך שחרור ממילואים (אם שוחררת). לגבי ביטוח לאומי: האישור צריך להתייחס לכל ארבעת סוגי התשלומים כגון נכות כללית/עבודה, דמי אבטלה או הבטחת הכנסה.

הצהרה: באמצעות בית המשפט ו/אן העו"ד / במחוז.

קצין התגמולים רשאי לדרוש מסמכים נוספים לצורך אימות הכנסות. בקשה ללא חתימה וציון תאריך תוחזר לשולח/ת.

*את הבקשה יש להעביר למרפאה במחוז השיקום.

מחוז שיקום _____
 מס' תיק _____

א. בקשה לתגמול מיוחד/ נוסף לפי תקנה 15/14 של תקנות הנכים (טיפול רפואי)

שם פרטי ומשפחה	% נכות	תאריך שחרור	סוג שרות חובה/קבע/אחר	תט"ר ברציפות מ-	מצב משפחתי וילדים עד גיל 21 ר. נ. א. ג.

ב. אני החתום/ה מטה מבקש/ת לשלם לי את התגמול הנ"ל לתקופה

1. מתאריך _____ עד תאריך _____
2. מתאריך _____ עד תאריך _____
3. מתאריך _____ עד תאריך _____
4. מתאריך _____ עד תאריך _____

ג. לאימות הבקשה ולאימות קבלת קצבה/ תשלומים ממקור אחר, סמן X וצרף המסמכים הדרושים

- הצהרה בשבועה (החתומה מטה) דוח שומה אישור ממקום עבודתי בטל"א האוצר
 קבע משטרה/שב"ס מבטחים אחר _____

ד. **שכיר/ה:** שם המעביד _____
 בן/בת זוג עובד: (מתייחס לשכיר ועצמאי) כן / לא.
 מקום עבודתו/ה: _____

עצמאי/ת: אני עובד/ת כעצמאי/ת בתור: _____ כתובת העסק: _____
 מס' שכירים: _____

ה. **העברת תגמולים:** אבקש להעביר: לחשבוני למקום עבודתי

מס' מוטב _____

(ירשם ע"י עובד/ת המרפאה)

תאריך _____/_____/____

משרד הביטחון – אגף שיקום נכים

הצהרה

לשכיר/עצמאי

א. אני החתום מטה מצהיר בזה שאיני מסוגלת/ל לעבוד עקב נכותי המוכרת ולא עבדתי בפועל בתאריכים שצוינו (בדף מס' 1) לעיל.

- יום עבודה מלא/חלקי (מחק את המיותר)
 - בתאריכים שצוינו לעיל ועד בכלל לא אעבוד **עקב ביטול יום מלא** בתקופה זו במקום כלשהו.
 - בתאריכים שצוינו לעיל ועד בכלל לא אעבוד **מעבר לשלוש עד חמש** שעות ליום.
- היעדרות מלאה - אני מתחייב/ת להודיע על כל הכנסה, מכל מקור שהוא במידה ותהיה לי כזאת בתקופה שצוינה לעיל.
- היעדרות חלקית: אני מתחייב/ת להודיע על הכנסה מעבר להכנסתי במשרה של שלוש עד חמש שעות בתקופה שצוינה לעיל.
- אני מתחייב/ת להודיע לקצין התגמולים במחוז השיקום בכל מקרה של הקדמת שובי לעבודה מלאה או חלקית.

לעצמאי בלבד (בהתייחס ליום ביטול מלא)

ידוע לי שבמידה ושיעור הכנסותיי לשנת המס הנוכחית יהיו גדולים יותר משנת המס הקודמת, ינוכה מתגמולי הסכום העודף שקיבלתי עפ"י התשלום של התקנות לטיפול רפואי, הכל לפי חישוב נפרד. ידוע לי (בהתייחס ליום ביטול מלא) שבמידה ושיעור הכנסותיי לשנת המס הנוכחית יהיו פחותים מהכנסותיי בשנת המס הקודמת עפ"י שומות חתומות מאת שלטונות מס הכנסה, אהיה זכאי/ת להשלמה לזכותי עפ"י התקנות לטיפול הרפואי.

ב. היום הופיעה בפני גב'מר _____ אשר זוהה/זוהתה לפי ת.ז. _____ ולאחר שהזהרתיו/ה כי עליו/ה להצהיר ולומר את האמת, וכי אם לא יעשה/תעשה כן, יהיה/תהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, הנ"ל אישר/ה בפני את אמינות הצהרתו/ה וחתם/ה עליה בנוכחותי.
תאריך _____ שם עו"ד _____

הנני מצהיר/ה בזה כי כל הפרטים שרשמתי בבקשתי/הצהרתי זו הינם שלמים ונכונים.

חתימת המבקש/ת _____ שם וחתימת עובד המחלקה לשירותים רפואיים _____
תאריך _____ תאריך _____

*הצהרת הנכה בלבד, שלא בפי רשם/עו"ד, כאשר הדרישה הינה רק עבור: אשפוז, טיפול בחמי מרפא, תשלום לפקודת המעביד.