

משרד הביטחון/אגף שיקום נכים

**דף הסבר להגשת בקשה בגין
חבלה**

אבקש למלא את הטופס בדיוקנות, לחתום על הטופס וכן על טופס ויתור סודיות רפואית ולצרף החומר הדרוש לפי הפרוט רצ"ב.

1. דוחו"ת פציעה ו/או אישור עובדתי בכתב מהיחידה, אשר יעיד על נסיבות פציעתך.
2. תצהיר בשבועה מפורט מעו"ד או בית-משפט אשר יעיד על נסיבות פציעתך במידה ואינך מצרף דוחו"ת פציעה או אישור מהיחידה לנסיבות החבלה.
3. מסמכים רפואיים המעידים על מצבך הרפואי טרם החבלה-אישור מהרופא המטפל בקופת-חולים כולל רופאים מקצועיים, במידה וטופלת בגין אותה פגימה.
4. סיכומי מחלה / חדרי מיון מבתי-חולים / ביקור במרפאה מקצועית / צבאית.
5. דו"ח רפואי מפורט המעיד על מצבך כיום מהרופא המטפל.
6. צילום ת.ז עם התמונה+הספח.
7. צילום רישיון נהיגה (במקרה של תאונת דרכים בה הנהג הוא התובע).

המצאת החומר על ידך עשויה לזרז ולקדם את עניינך, ולקצר את זמן ההמתנה לקבלת חומר עקב פניה שלנו.

דף הסבר לטופס חבלה

הטוען כי נותרה לו נכות בעקבות חבלה שארעה בזמן ועקב שירותו הצבאי, בשירות חובה, קבע, מילואים, משטרה, שירות בתי הסוהר או שירות ביטחוני אחר רשאי להגיש בקשה להכרת זכות זו לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום) תשי"ט 1959 (נוסח משולב).

לעניין זה "חבלה" היא נזק אנטומי לגוף שנגרם במישרין מגורם פיזי חיצוני באירוע מסוים, לרבות מכת חום, מכת קור וכן הפרעת בתר חבלתית (PTSD) שנגרמה בפעילות מבצעית או באימון לפעילות כאמור, או באירוע אחר שאופיו, מהותו ונסיבותיו ייחודיים לשירות הצבאי.

טופס זה מיועד למילוי במקרה של חבלה. במידה ומדובר במחלה יש למלא טופס בקשה המתייחס למחלה.

הקדמה:

לפני המילוי עליך לקרוא בעיון את דף ההסבר במלואו. את הטופס יש למלא בעט ובכתב יד ברור ולהגיש ב-3 העתקים (עותק מקורי+שני העתקים). אם המקום המיועד בטופס צר מלהכיל את כל הפרטים יש לצרף דף נוסף ב-3 העתקים.

חלק א' - פרטים אישיים

מלא פרטים מלאים כפי שרשומים בתעודת הזהות. ציין מספר אישי צבאי כפי שמופיע בתעודה הצבאית. שוטרים, סוהרים, שב"כ ומשרד ראש הממשלה ירשמו בנוסף למספרם האישי מ.א. צבאי. רשום באיזו קופת חולים הינך חבר, וכן ציין תאריך הצטרפותך לקופה. רשום קופת חולים קודמת בה היית חבר. אם קיימת קופת חולים נוספת ציין פרט זה. חייל בשירות חובה/קבע ימלא פרטי קופת חולים קודמת בה היה חבר.

חלק ב' - פרטים אודות השירות

ציין פרטים על שירות החובה כיום או בעבר (כולל אנשי קבע, שוטרים וסוהרים), במידה ולא שרתת שירות חובה ציין זאת בסעיף זה.

חלק ג' - החבלה

מלא את פרטי השירות שבמהלכו נפצעת. חשוב! מלא את פרטי מפקדך הישיר באותה תקופה.

תאור החבלה:

אם המקום המיועד בחלק זה אינו מספיק, הוסף דף נוסף ב-3 עותקים. אם הפציעה נבעה מתאונת דרכים מלא סעיף זה במלואו.

עדים לאירוע:

חובה למלא סעיף זה. באם לא היו עדים סמן X במשבצת המתאימה.

מוסדות רפואיים בהם טופלת:

הקפד לציין את שם המוסד הרפואי הראשוני בו טופלת מיד לאחר הפציעה. במידה וקבלת טיפול רפואי ראשוני בשטח, ציין פרטים מלאים על המשך הטיפול הרפואי במוסדות השונים בציון תאריכים.

חלק ד' - הצהרה

לאחר שמלאת את כל הפרטים, קרא בתשומת לב את ההצהרה וחתום את שמך במקום המתאים.
טופס לא חתום או שלא מולאו בו כל הפרטים הנדרשים יוחזר!

כתובת למסירת הטפסים

משרד הביטחון – אגף שיקום נכים, היחידה לתביעות וקביעת זכאות בדואר / באמצעות שליח / ידני (במועדי קבלת קהל בלבד) – רח' ז'בוטינסקי 94, פתח תקווה 4959251.

או לכתובת הבאה באזור מגוריך:

ירושלים:
בית הטיילת
רח' בית"ר 2, מיקוד 9338601

דן:
דרך יעקב דורי ת.ד. 928 קריית
אונו מיקוד 5510801

טבריה:
בנין המשטרה, דרך הציונות ת.ד. 773
מיקוד 1432301

תל אביב:
דרך יעקב דורי ת.ד. 931
קריית אונו מיקוד 5510801

באר שבע:
רח' סוקולוב 14, מיקוד 8428830

חיפה:
רח' דוד המלך 44, נווה דוד
מיקוד 3542126

רחובות:
רח' מרשוב 5, מיקוד 7644307

מוקד טלפוני אגף שיקום נכים 03-7776777

מועדי קבלת קהל

← ימי ב': 08:00-12:00

← ימי ד': 15:00-18:00

בקשה להכרת זכות (חבלה)

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

לתשומת לב ממלא הטופס:

1. עליך לדייק במילוי הפרטים ולתת מענה מלא לכל השאלות.
2. במסגרת הטיפול בבקשתך על ידי קצין התגמולים או על ידי ועדת ערר, לא תורשה לסטות מתיאור העובדות כפי שצינת בטופס זה ללא קבלת רשות מיוחדת.
3. נתוני תאריך לידה, מצב משפחתי וכתובת יאומתו מול נתוני משרד הפנים ורק נתוני משרד הפנים יהיו קובעים למתן זכויותיך הניתנות על פי נתונים אלה.
4. אתה רשאי להיות מיוצג בתביעתך על ידי עורך דין ו/או על ידי אדם אחר אם אין אותו אדם עושה את הייצוג דרך עיסוק או תמורה.

אני החתום מטה, לאחר שהוזהרתי כי עליי לומר את האמת כולה ואת האמת בלבד וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר בזה כלהלן:

א. פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	שם משפחה קודם	מספר זהות	מין
					<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
מספר אישי בצה"ל	מספר שוטר/סוהר	תאריך לידה	ארץ לידה	מצב משפחתי	
				<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	

כתובת מגורים:

רחוב	מספר בית	מספר דירה	תיבת דואר	ישוב	מיקוד
טלפון נייד	טלפון ניח	טלפון נוסף	מספר פקס'	כתובת דוא"ל	

חברות בקופת חולים:

שם הקופה	מתאריך	עד תאריך	שמות הרופאים המטפלים ומקצועם	כיום	בעבר

מקום עבודה נוכחי/אחרון:

שם	כתובת	תפקיד	מספר טלפון

ב. פרטים אודות השירות

סוג שירות	תאריך גיוס	פרופיל רפואי	תאריך שחרור	פרטי היחידה או מספר ד"צ	תפקיד	דרגה	חיל
חובה							
קבע							
מילואים							
שוטר							
סוהר							
אחר							

האם קיבלת פטור משירות? לא כן, מתאריך _____ מסיבה: _____
 אם הנך כעת בשירות צבאי, נא ציין את מספר ד"צ הנוכחי: _____.

האם הגשת בעבר בקשה למשהב"ט עקב חבלה/מחלה? לא כן, בתאריך _____ מסיבה: _____
 האם הגשת בקשה לקצבה/גמלא לפי חוק ביטוח לאומי? לא כן, התביעה בטיפול/אושרה מתאריך _____

ג. החבלה

פרטי השירות במהלכו נפצעה	סוג השירות	פרטי היחידה	תפקיד ביחידה	תקופת השירות	דרגה	חיל	לציין: בשירות/חופשה המקום בו ארעה החבלה
--------------------------	------------	-------------	--------------	--------------	------	-----	---

פרטי מפקדך הישיר בתקופת החבלה

תאור החבלה+תאריך החבלה (פרט בצורה מלאה ומדויקת את העובדות והשתלשלות העניינים הקשורים לחבלה. מקום החבלה בגוף, טיפול רפואי ופרטים לגבי התופעות מהן סבלת או הנך סובל). (באם המקום אינו מספיק, נא צרף דף נוסף).

יש לצרף אישור מהיחידה בה נפגעת

האם מולא דו"ח פציעה	האם התנהלה חקירה
לא <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>
כן <input type="checkbox"/>	כן, ע"י <input type="checkbox"/>
מספר תיק	מקום החקירה

במקרה של תאונת דרכים

כלי הרכב ומספרו בו נסעתי או נהגתי	*הולך רגל <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	*האם הוגשה תביעה לחברת ביטוח לפי חוק הפיצויים.
<input type="checkbox"/> ליסינג משהב"ט / צה"ל (סמן)	*בתאונה היה מעורב רכב נוסף	לא <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מס' רכב אזרחי	לא <input type="checkbox"/>	כן, לחברה <input type="checkbox"/> וכתובתה
<input type="checkbox"/> מס' רכב צבאי	כן מס' <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> מס' רכב משטרתי	אזרחי <input type="checkbox"/> צבאי <input type="checkbox"/> משטרתי <input type="checkbox"/>	

עדים היכולים להעיד על נסיבות החבלה: לא כן ופרטיהם:

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות / מספר אישי	כתובת אזרחית	ד.צ.	תפקיד

*אי ציון שמות עדים משמעו שאין עדים לאירוע. מוסדות רפואיים בהם טופלתי לרבות מרפאות מקצועיות:

שם המוסד הרפואי	חדר מיון	אשפוז	מרפאה	תאריכי טיפול מ-עד	שם הרופא המטפל

מסמכים/אישורים המצורפים לביסוס תביעתי:
1. דוח פציעה <input type="checkbox"/>
2. אישור מחלה <input type="checkbox"/>
3. מסמכים רפואיים <input type="checkbox"/>

אני עובד במשרד הביטחון כן / לא . אם כן היכן אתה עובד

אני קרוב משפחה של עובד המשרד כן / לא . ציון קרבה

ד. הצהרה

הנני מצהיר בזה כי הפרטים שמסרתי לעיל הם לפי דעתי נכונים ומלאים וכי המצאתי את כל המסמכים שברשותי הקשורים בתביעה זו וידוע לי שאהיה צפוי לעונש בהתאם לחוק בעד מסירת ידיעה כוזבת.

תאריך _____ השם המלא של החותם _____ חתימה _____



מדינת ישראל
משרד הבריאות

הנדון: טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה:

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	מס'	עיר	מיקוד	טלפון	רחוב
----------	---------	----------	-----	-----	-------	-------	------

נותן בזאת רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן, ו/או מי מטעמם ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור **למשרד הביטחון ולכל גורם החייב בהוצאותיי לרבות חברות הביטוח** (להלן "המבקשים") או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאסוף מידע כאמור במסמך זה, את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבו הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזאת את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבו הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבו בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על תשלומים ששילם לו המוסד לביטוח לאומי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים לעיל כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת המידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות לרבות קופות חולים ו/או רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמם.

שם הרופא המטפל: _____

שם קופת חולים: _____ סניף: _____

_____ תאריך _____ חתימה

(במידה והחותם הוא אפוטרופוס – יש לצרף את צו האפוטרופוסות)

נחתם בנוכחות:

(של העד לחתימה) _____ שם מלא _____ מס' זהות _____ חתימה

(עד החתימה שבנוכחותו נחתם הוס"ר יכול להיות רק אחד הגורמים הבאים: רופא, עורך דין, עובד סוציאלי, פסיכולוג או מורשה חתימה בבנק; עד החתימה יצרף חותמת לחתימתו)