



אגף שיקום נכים
מקום לנאווה

מדינת ישראל
משרד הביטחון

משרד הביטחון

טופס בקשה להכרת זכות נכה בגין מחלה לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום), תשי"ט-1959 (נוסח משולב) - פדוי שבי¹

שלום רב,

- נבקשך למלא את הטופס במלואו ולחתום עליו וכן על טופס ויתור סודיות רפואית ולצרף החומר הדרוש לפי הפרוט הבא:
1. אישור רשמי על משך השהייה בשבי 30 ימים ומעלה. אם אין ברשותך את האישור, ציין זאת ואנו נפעל להשיגו.
 2. מסמכים רפואיים מגורם רפואי מטפל (קופ"ח, בי"ח, מרפאה) המעידים על אבחנה באחת או יותר מארבע המחלות שלהלן:
 - א. מחלות פרקים שגרונת ודלקתית
 - ב. צירוזיס - שחמת כבד
 - ג. נירופתיה פריפליית - בהתייחס למחלה זו - יש להמציא אישור רפואי על הופעתה עד 5 שנים משהייתך בשבי
 - ד. אוסטיאופורוזיס
 3. אישור היעדר תביעה / הכרה במוסד לביטוח לאומי
 4. צילום ת"ז + ספח.

משלוח הטפסים

משרד הביטחון – אגף שיקום נכים, היחידה לתביעות וקביעת זכאות בדואר – רח' ז'בוטינסקי 94, פתח תקווה 4959251.

באמצעות שליח / ידני (במועדי קבלת קהל בלבד).

באמצעות דואר אלקטרוני: Shikum_shevi@mod.gov.il

ניתן גם להעביר אלינו טפסים באמצעות כל אחד ממחוזות אגף השיקום ברחבי הארץ כמפורט להלן:

| מיקוד | כתובת | מחוז |
|---------|----------------------------------|---------|
| 9338601 | בית הטיילת רחוב בית"ר 2 | ירושלים |
| 1432301 | בנין המשטרה, דרך הציונות ת.ד 773 | טבריה |
| 8428830 | רח' סוקולוב 14 | באר שבע |
| 7644307 | רח' מרשוב 5 | רחובות |
| 5510801 | דרך יעקב דורי ת.ד 928 קרית אונו | דן |
| 5510801 | דרך יעקב דורי ת.ד 931 קרית אונו | תל אביב |
| 3542126 | רח' דוד המלך 44, נווה דוד | חיפה |

מוקד טלפוני אגף שיקום נכים 03-7776777 (צוות ייעודי שייקבע בהמשך)

מועדי קבלת קהל:²

ימי ב': 08:00-12:00

ימי ד': 15:00-18:00

¹ המסמך בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד, אך מיועד לנשים וגברים כאחד
² לאור תחלואת מחלת הקורונה, קבלת הקהל נעשית בתאום מראש.



אגף שיקום נכים
מקום לנאווה

מדינת ישראל
משרד הביטחון

משרד הביטחון

הנדון: בקשה להכרת זכות (מחלה) - פדוי שבי לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום), תשי"ט-1959 (נוסח משולב)

לתשומת לב ממלא הטופס:

1. נתוני תאריך לידה, מצב משפחתי וכתובת יאומתו מול נתוני משרד הפנים ורק נתוני משרד הפנים יהיו קובעים למתן זכויותיך.
2. באפשרותך להיות מיוצג בתביעתך על ידי עורך דין ו/או על ידי אדם אחר אם אין אותו אדם עושה את הייצוג דרך עיסוק או תמורה. נא צרף ייפוי כוח וויתור סודיות חתום.
3. 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:

פרטים אישיים (חובה לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח)

| | | |
|--|---|------------------|
| שם משפחה | שם פרטי | מספר תעודת זהות |
| שם משפחה קודם | שם ההורה | תאריך לידה |
| ארץ לידה | מספר אישי בצה"ל | מספר שוטר / סוהר |
| מין | מצב משפחתי | |
| <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה | <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן | |
| רחוב | מספר בית | יישוב |
| מיקוד | ת"ד | טלפון נייד |
| | | טלפון נוסף |
| מספר פקס | דואר אלקטרוני | |

חברות בקופת חולים כיום

| | | |
|----------------|-------------|----------|
| שם הקופה | מתאריך | עד תאריך |
| שם הרופא המטפל | תחום הטיפול | |
| שם הרופא המטפל | תחום הטיפול | |



אגף שיקום בנים
מקום לנאווה



מדינת ישראל
משרד הביטחון



משרד הביטחון

הכרתך כפדוי שבי

| | | |
|----------|--------|------------------|
| עד תאריך | מתאריך | מקום הנפילה בשבי |
|----------|--------|------------------|

תאור המחלה (יש לצרף מסמכים תומכים)

האם הגשת בעבר בקשה למשרד הבטחון עקב חבלה/מחלה: לא כן

אם כן, פרט תאריך בקשה: _____ סיבה: _____

האם הגשת בקשה לקצבה/גמלה לפי חוק ביטוח לאומי? : לא כן

התביעה בטיפול / אושרה מתאריך: _____

אני עובד במשרד הביטחון: לא כן

אם כן, היכן: _____

אני קרוב משפחה של עובד המשרד: לא כן

אם כן, ציין הקרבה: _____



הצהרה

הנני מצהיר כי הפרטים שמסרתי נכונים ומלאים וכי המצאתי את כל המסמכים שברשותי הקשורים בבקשה זו וידוע לי שאהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק לעניין מסירת מידע כוזב.

| | |
|------------------|-------------------|
| שם פרטי של החותם | שם משפחה של החותם |
|------------------|-------------------|

הריני מאשר/ת חתימת המסמך באופן דיגיטלי

תאריך _____

חתימת המבקש

(במקרים בהם הטופס מוגש ידני)



אגף שיקום נכים
מקום לנאווה

מדינת ישראל
משרד הביטחון

משרד הביטחון

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

פרטים אישיים

| | | | | | |
|------------|--|------------|-------|-----------------|--|
| שם משפחה | | שם פרטי | | מספר תעודת זהות | |
| רחוב | | מס' בית | יישוב | מיקוד | |
| טלפון נייד | | טלפון נוסף | | | |

הצהרה

אני החתום מטה, 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 בהוצאותי 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 מצבי 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 למצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי 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 לי 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 קופת חולים | סניף | שם הרופא המטפל |
|---------------|------|----------------|

תאריך _____

_____ חתימה³

נחתם בנוכחות⁴

| | | |
|-------------------|-----------------|-----------|
| שם משפחה ושם פרטי | מספר תעודת זהות | חתימת העד |
|-------------------|-----------------|-----------|

³ במידה והחותם הוא אפוטרופוס – יש לצרף את צו האפוטרופוסות

⁴ 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.