



המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות

נפגעי עבודה

תביעה להכרה כנכה נזקק

לפי תקנה 18 א'

תאריך הפגיעה בעבודה

חותמת קבלה

לשימוש

פנימי

בלבד

(סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך דפים

שנה _____ חודש _____ יום _____

1

פרטי התובע

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות

ס"ב

2

פרטים על עיסוקי לפני הפגיעה – נא סמן במקום המתאים

שכיר – מקום העבודה _____

מעמד: זמני קבוע

ותק במקום העבודה: _____ . מקצוע _____

הוצעה לי עבודה אחרת ע"י מעבידי: כן לא, ציין את הסיבה _____

התייצבתי כדורש עבודה בשירות התעסוקה לא כן, בתאריך _____

חובה להחתיים את המעביד, במקום העבודה בו נפגעת, על סעיף 4 בטופס זה.

עצמאי העסק בבעלותי שותפות

מצב העסק כיום: סגור הפעילות צומצמת אין שינוי בפעילות העסק

אני מעסיק עובדים: לא כן

ברצוני להוסיף על האמור לעיל: _____

3

הצהרה

הריני מצהיר בזאת שבתקופה מתאריך _____ עד תאריך _____, לא הייתה לי כל הכנסה מן המקורות שלהלן: הכנסה מהתעסוקות, דמי אבטלה ואינני זכאי עבור תקופה זו לכל תשלום מאת מעבידי. ידוע לי, כי מחובתי לעדכן את המוסד לביטוח לאומי מיד עם שובי לעבודה.

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

אם התביעה הוגשה בסיוע או על ידי מייצג: עו"ד חברת מימוש זכויות יד מכוונת ביה"ח אחר _____ נא לציין את שם הגוף המסייע / המייצג _____ תאריך תחילת התקשרות _____

תאריך _____ שם _____ חתימה **x** _____

4

אישור המעסיק למוסד לביטוח לאומי

שם המעסיק _____ מספר תיק ניכויים _____

הריני מאשר כי העובד _____ בעל מס' ת.ז. _____

לא עבד בתקופה מתאריך _____ עד תאריך _____

קבל שכר עבור תקופה זו כן לא

הוצעה לו עבודה אחרת במפעל כן לא, הסיבה _____

הערות: _____

תאריך _____ שם החותם ותפקידו _____ חתימה וחותמת **x** _____

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד