המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
ניידות

בל/ 8200

תביעה להטבות על פי הסכם הניידות

חובה לצרף לטופס זה

- מסמכים רפואיים שהמצאת לוועדה הרפואית בלשכת הבריאות או לוועדה הרפואית לעררים.
- סיכומי מחלה - אם לאחר הבדיקה האחרונה בלשכת הבריאות או בוועדה לעררים, אושפזת שוב.
- אישור רפואי מעודכן - אם חלפה שנה מאז נבדקת בוועדה הרפואית, למעט אם נקבע לך ליקוי לצמיתות ואתה מקבל הטבות בניידות.
- צילום רישיון הרכב שברשותך שאתה משתמש בו.
- אם ברשותך רכב בליסינג תפעולי ואתה בעל רישיון נהיגה ועובד, יש לצרף את צילום החוזה שלך עם המעסיק לעניין הליסינג.
- אם ברשותך רכב שנרכש בליסינג מימוני, יש לצרף צילום מהחוזה שלך עם חברת הליסינג.
- צילום של רישיון הנהיגה שלך או של מי שאתה מבקש שינהג ברכב.
- צילום פוליסת ביטוח מקיף, התקפה למועד הגשת תביעה זו.
- אישור בית ספר/מוסד על לימודים – לבני 3-21, שאינם נוהגים.
- צילום צו אפוטרופסות - לתובע שמונה לו אפוטרופוס.
- אם אתה שוהה בחו"ל כי אתה או בן זוגך או אחד מהוריך עובד בחו"ל בשליחות המדינה או מטעם מעסיק ישראלי, נא צרף אישור מהמעסיק בציון תקופת העבודה בחו"ל.
- אם אתה שוהה בחו"ל לצורך קבלת טיפול רפואי (למעט טיפולי ספא/מרחצאות), נא צרף אישור מהגורם המטפל בחו"ל בציון סוג הטיפול ותקופת קבלת הטיפול.

כיצד יש להגיש את התביעה

- **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
  - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
  - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
  - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט.www.btl.gov.il .

לתשומת ליבך

- חובה לחתום על כתב ההתחייבות בעמוד 7 או 8 בטופס.
- רצוי שתבדוק האם אתה עשוי להיות זכאי לקצבת נכות כללית או לגמלה לשירותים מיוחדים או לגמלת ילד נכה.
- אם בשל סיבה רפואית או מבחינה גופנית או בשל הגבלות בנהיגה אתה זקוק לרכב מיוחד, זכותך לבקש להיבדק לעניין רכב מיוחד. נא מלא נספח בעמוד 5 .
- אין להזמין רכב לפני קבלת האישור בדבר הלוואה עומדת, שכן אתה עלול לגרום לעצמך נזק כספי. אין לראות בהגשת תביעה זו אישור לזכאות.
- אם תרכוש רכב חדש לפני קבלת האישור להלוואה עומדת – לא תשולם לך הלוואה עומדת בעבורו.

<u>חובה לחתום על טופס התביעה</u>

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

נא למלא מספר תעודת זהות. _____

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה להטבות על פי הסכם הניידות

חותמת קבלה	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
	מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים

1 פרטי המוגבל בניידות

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה יום חודש שנה	מספר זהות ס"ב

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		_____@_____

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב

❑ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים(הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2 פרטים על שהות בפנימייה/במוסד/במעון/בבית חולים/בהוסטל

האם אתה **שוהה** במוסד (כגון פנימייה או מעון/ או בית חולים או הוסטל)?

❑ לא ❑ כן. שם המוסד או בית החולים: _____

מען: _____ שוהה מתאריך: _____

האם אתה יוצא מהמוסד ברכב פרטי, שלא על חשבון קופה ציבורית לפחות 6 פעמים בחודש?

❑ לא ❑ כן - **נא להמציא טופס הצהרה ודוח ובו פירוט היציאות לשלושה חודשים אחרונים, ממולא וחתום כנדרש** (אפשר לקבל אותו מעובד סוציאלי של המוסד שבו אתה שוהה, או לפנות למוקד הטלפוני של המוסד לביטוח לאומי או לסניף המטפל).

האם הגשת בקשה להתקבל למוסד או לפנימייה או למעון ?

❑ לא ❑ כן. שם המוסד/פנימייה/מעון: _____

נא להמציא אישור מתי הגשת את הבקשה ובאיזה שלב נמצא הטיפול בה.

האם אושפזת שוב בבית חולים מאז הבדיקה הרפואית האחרונה בלשכת הבריאות או בוועדת עררים?

❑ לא ❑ כן. מתאריך: _____ עד תאריך: _____

סיבת האשפוז: _____ **נא להמציא סיכום מחלה**

האם עברת ניתוח מאז הבדיקה הרפואית האחרונה בלשכת הבריאות או בוועדת עררים?

❑ לא ❑ כן.ציין סוג הניתוח: _____ תאריך ביצועו: _____

נא להמציא סיכום מחלה

האם ערערת או שיש בכוונתך לערער על החלטת הוועדה הרפואית המחוזית?

❑ לא ❑ כן

בכל מקרה – **נא להמציא את כל החומר הרפואי שהמצאת לוועדה הרפואית בלשכת הבריאות או לוועדה הרפואית לעררים**

נא למלא מספר תעודת זהות. _____

3 גמלאות שלא מביטוח לאומי

האם אתה מקבל גמלת נכה מהגורמים האלה:

משרד הביטחון	❑ לא ❑ כן. מס' תיק:	
המשטרה	❑ לא ❑ כן. מס' תיק:	
משרד האוצר – מלחמה בנאצים	❑ לא ❑ כן. מס' תיק:	

האם הגשת בקשה לתגמול מאחד הגורמים המפורטים לעיל?

❑ לא ❑ כן. יש לציין ממי: _____

4 פרטים על קרוב משפחה שהוא מוגבל בניידות

האם מתגורר איתך **בבניין** קרוב משפחה שהוא מוגבל בניידות?	❑ לא	❑ כן
האם מתגורר איתך **בדירה** קרוב משפחה שהוא מוגבל בניידות?	❑ לא	❑ כן
האם בבעלות קרוב המשפחה רכב שנרכש באמצעות הלוואה עומדת?	❑ לא	❑ כן

<u>אם ציינת "כן" לאחד מאלה, נא ציין את פרטי קרוב המשפחה להלן:</u>

שם משפחה	שם פרטי	יחס קרבה	מספר זהות

האם רצונך לרכוש רכב משותף עמו? ❑ לא ❑ כן

בבקשה לרכב משותף חייב השותף בהגשת תביעה נפרדת.

5 פרטים תעסוקתיים

<u>עיסוק המוגבל בניידות:</u>

❑ עובד ❑ לא עובד ❑ לומד ❑ חייל ❑ שירות לאומי ❑ חבר קיבוץ

<u>פרטי מקום העבודה:</u>

שם מקום העבודה: _____

כתובת מקום העבודה: _____

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

<u>נסיעות אל מקום העבודה וממנו:</u>

המרחק ממקום מגוריך למקום עבודתך הקבוע **<u>הלוך ושוב</u>** הוא:

❑ פחות מ-40 ק"מ

❑ 40 ק"מ ויותר. ציין מרחק: _____ תאריך תחילת עבודה: _____

האם אתה נוסע **<u>בקביעות</u>** למקום עבודתך ברכב שבגינו אתה מקבל / מבקש קצבת ניידות? ❑ לא ❑ כן

האם קיימת הסעה מאורגנת למקום העבודה? ❑ לא ❑ כן

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר. אם אתה מתנגד לכך עלייך לסמן את ההצהרה הבאה:

❑ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי.
ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

6 פרטי רכב **ללא** הלוואה עומדת

האם מאז פנייתך ללשכת הבריאות היה או יש ברשותך ואתה משתמש?
ברכב שנרכש **ללא** הלוואה עומדת:

❑ לא ❑ כן. **נא המצא צילום של רישיון רכב וצילום של הביטוח המקיף**.

אם הרכב נמכר, נא ציין את מועד מכירתו: _____

רכב בליסינג תפעולי מטעם מקום עבודתך (לבעלי רישיון נהיגה בלבד):

❑ לא ❑ כן, נא המצא צילום של רישיון הרכב, צילום של הביטוח המקיף וצילום מהחוזה שלך עם המעסיק בדבר ליסינג תפעולי.

אם חוזה הליסינג הופסק, ציין את התאריך שבו הוחזר הרכב לחברה _____ המצא על כך אישור מהמעסיק.

7 אירועים מיום רכישת הרכב או מיום קבלת רכב בליסינג תפעולי (צרף אישורים מאמתים)

א. <u>האם מאז רכישת הרכב שנרכש עם או בלי הלוואה עומדת, או מיום קבלת רכב בליסינג תפעולי, ארע אחד מאלה?</u> <u>(ציין ✓ ותאריכים)</u>

	פרטים	**למילוי ע"י המוגבל בניידות**		**למילוי ע"י מורשה הנהיגה**	
		מתאריך	עד תאריך	מתאריך	עד תאריך
❑	הייתי מאושפז				
❑	הייתי במאסר				
❑	הרכב ניזוק והושבת				
❑	הרכב לא היה בשימוש מסיבה אחרת				
❑	רישיון הנהיגה שלי נשלל או נפסל או הותלה				
❑	המוגבל בניידות ומורשה הנהיגה חדלו להתגורר יחד				
❑	חברת הביטוח קבעה שהרכב אבד/נהרס				
❑	לא אירע אחד מאלה				

ב. <u>פרטים בדבר הביטוח (למילוי ע"י המוגבל בניידות):</u>

❑	רכבי היה מבוטח בביטוח מקיף מאז רכישתו	❑ כן	❑ לא		
❑	רכבי היה מבוטח בביטוח חובה מאז רכישתו	❑ כן	❑ לא		

חתימת התובע ✘ _____ חתימת מורשה הנהיגה ✘ _____

8 פרטים בדבר רישיון נהיגה של המוגבל בניידות

האם אתה בעל רישיון נהיגה בר תוקף? ❑ לא ❑ כן. נא **המצא צילום רישיון הנהיגה**.

האם נדרשת לעבור בדיקת כשירות נהיגה ו/או מבחן נהיגה וטרם עברת? ❑ לא ❑ כן

9 בקשה לאישור נהגים ברכב

אני החתום מטה מבקש לאשר לרשומים מטה לנהוג ברכב ואני מצהיר שבכל אחד מהם מתקיימים התנאים שלהלן:

1. הוא קרוב משפחה. ציין קרבה: _____
(ניתן לבקש על פי ההסכם רק קרוב משפחה שהוא אחד מאלה: בן/בת זוג, הורה, אח/אחות ובני זוגם, אחיין/אחיינית ובני זוגם, בן/בת ובני זוגם, סבא/סבתא, גיס/ה ובני זוגם, נכד/ה ובני זוגם, דוד/ה, בן/בת דוד/ה ובני זוגם או מטפל שסועד אותך ברוב שעות יממה.)
2. הוא גר עמי בקביעות באותו בניין או במרחק **שאינו עולה על 1500 מטר בקו אווירי מביתי**.
3. הוא בעל רישיון נהיגה בר תוקף – **נא לצרף רישיון נהיגה**.

אם אתה מבקש לאשר כמורשה נהיגה מטפל בשכר, **יש להמציא צילום מחוזה העסקה חתום**.

חתימת התובע ✖_____

<u>הצהרת הנהגים:</u>

אני מצהיר שמתקיימים בי התנאים הנ"ל.

פרטי הנהגים	נהג 1	נהג 2	נהג 3	נהג 4
שם משפחה				
שם פרטי				
מספר זהות				
מען מגורים				
טלפון קווי/נייד				
יחס קרבה לתובע				
עיסוק הנוהג				
מען מקום העבודה				
חתימה	✖	✖	✖	✖

- על הנהגים הנ"ל לחתום על כתב התחייבות בעמוד 9 בחלק ב' או ג' לפי העניין.
- אם אתה מעוניין בנהגים נוספים, **יש לצרף פרטיהם במכתב נלווה**.

10 פרטים על תביעת פיצויי נזיקין מצד שלישי

1. האם נכותך נגרמה כתוצאה מתאונה ? (תאונה = תאונת דרכים או תאונה אחרת הנגרמת עקב רשלנות הזולת, תקיפה וכד')
   - ❑ לא. עבור לסעיף 11
   - ❑ כן. סוג התאונה: ❑ תאונת דרכים ❑ אחר:
2. האם נמסרה הודעה למשטרה?
   - ❑ לא ❑ כן, לתחנת המשטרה ב: _____ מס' תיק: _____
3. האם הגשת או אתה עומד להגיש תביעה לפיצוי נזיקין?
   - ❑ לא ❑ כן, הנתבע הוא: _____תאריך הגשת התביעה: _____
4. עורך הדין המייצג אותך בתביעה:
   שם: _____ טלפון: _____ טלפון נייד: _____
5. האם קיבלת פיצויים בגין התאונה? ❑ טרם קיבלתי פיצויים ❑ קיבלתי פיצויים, **נא לצרף צילום מפסק הדין**
   הגוף המפצה: _____ תאריך הפיצוי: _____

נא למלא מספר תעודת זהות. _____

11 פרטי חשבון הבנק של התובע

אם יגיעו תשלומים, אבקש לזכות את מספר החשבון המפורט להלן:

שמות השותפים לחשבון		

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

לתובע שנתמנה לו אפוטרופוס, **יש להמציא צו אפוטרופסות (מקור או צילום), שעליו חותמת עורך דין "נאמן למקור".**

החשבון מתנהל על שם: ❑ התובע ❑ אחר, פרט: _____

אני/ו מסכים/ים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך **אימות בעלותי בחשבון הבנק** כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. **לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.**

תאריך _____ חתימה _____

12 הצהרת התובע ו/או מגיש התביעה

אני החתום מטה תובע גמלה לפי הסכם הניידות ומצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

אני מתחייב כי אודיע למוסד לביטוח לאומי מיד על כל שינוי שיחול באחד הפרטים בתביעה זו, כולל שינויים בהכנסותיי מעבודה, ממשלח יד, מפנסיה או מגמלה אחרת מביטוח לאומי.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים ו/או מסירת פרטים כוזבים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.
במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי.
בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותיי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג׳ הרלוונטיים לצורך זה.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת www.btl.gov.il > יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות.
אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

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

תאריך _____ שם המוגבל בניידות/אפוטרופוס _____ חתימת המוגבל בניידות/אפוטרופוס ✕_____

<u>לתובע קטין</u> - נדרשות חתימות ההורים:
תאריך _____שם ההורה _____ חתימת ההורה ✕_____
תאריך _____שם ההורה _____ חתימת ההורה ✕_____

נספח

להלן הרכבים הקובעים על פי הסכם הניידות למתן הטבות:

- **1300 סמ"ק** למוגבל בניידות חסר רישיון נהיגה או בעל רישיון נהיגה ששיעור מוגבלותו בניידות עד - 79%.
- **1800 סמ"ק** למוגבל בניידות בעל רישיון נהיגה ששיעור מוגבלותו הוא 80% ומעלה.
- **2000 סמ"ק** למוגבל בניידות ששיעור מוגבלותו בניידות הינו 100%, והוא בעל רישיון נהיגה, מרותק לכיסא גלגלים או מרכיב שני מכשירים ארוכים על שתי רגליו, עובד ומשתכר והיה כזה במשך 21 חודשים מתוך 24 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

אם **מסיבה רפואית** או **מבחינה גופנית** או **בשל הגבלות בנהיגה** (להלן "צרכים מיוחדים"), אתה זקוק לרכב שונה מהרכב הקובע לגביך על פי ההסכם , **זכותך לבקש להיבדק במכון לקביעת רכב אחר**.
נא סמן X במשבצת המתאימה:

- ❑ אני לא מעוניין להיבדק במכון הרפואי לבטיחות בדרכים.
- ❑ נבדקתי בעבר בוועדה לגודל רכב ואני מעוניין לקבל הטבות לפי דגם הרכב, אשר אושר לי בבדיקה האחרונה.
- ❑ אני מעוניין להיבדק במכון הרפואי לבטיחות בדרכים לשם בדיקת זכאותי לרכב קובע שונה שמתאים לצרכיי.
- ❑ אני מעוניין להיבדק במכון הרפואי לבטיחות בדרכים לקביעת רכב עם מעלית או עם מושב נשלף.
- ❑ אני חסר רישיון נהיגה ומעוניין להיבדק בוועדה לגודל רכב ללא נוכחות. לשם כך, מילאתי את הפרטים הנדרשים בדפים הבאים.

<u>לידיעתך</u>:
הוועדה רשאית לזמנך בנוכחות גם אם בקשת להיבדק ללא נוכחות.
אם נבדקת בעבר בוועדה לגודל רכב, הוועדה רשאית להמליץ על רכב שנפח מנועו קטן או מחירו זול יותר מהרכב שאושר לך בבדיקה הקודמת, וכן לשנות את החלטתה לעניין הצורך ברכב עם מעלית או עם מושב נשלף.
במידה ואתה מעוניין להיבדק במכון הרפואי, אנא נמק מהם הצרכים המיוחדים שבגינם אתה זקוק לרכב מיוחד:

_____

_____

_____

_____

_____

האם הנך נמצא בתהליך של החלפת כיסא גלגלים במשרד הבריאות: כן ❑ לא ❑

לא ניתן להיבדק בוועדה לגודל רכב אם אתה נמצא בתהליך של רכישה או החלפה של כיסא גלגלים, כיוון שהרכב שתקבע הוועדה צריך להתאים לכיסא שנמצא בשימושך.

- אם בכוונתך לרכוש או להחליף כיסא גלגלים, יש להמתין לסיום תהליך הרכישה או ההחלפה. בתום התהליך, יש לעדכן אותנו באמצעות האתר האישי.
- אם סיימת את תהליך הרכישה והכיסא כבר בשימושך, אנא מלא נספח זה והעבר אלינו באמצעות האתר האישי שנוכל להפנות אותך לוועדת גודל רכב.

_____	_____	✘ _____
תאריך	שם מלא של המוגבל בניידות / אפוטרופוס	חתימה של המוגבל בניידות / אפוטרופוס

לכבוד

_____

שלום רב,

<u>הנדון: בקשה לוועדה ללא נוכחות- שליחת מסמכים</u>

במידה וברצונך שהוועדה להתאמת רכב תדון בעניינך כמוסע ללא נוכחותך, עליך לצרף לטופס הבקשה את המידע הבא:
ללא קבלת **כל** החומר המתבקש, לא תוכל הוועדה לדון בבקשתך ופנייתך לא תטופל.

1. בקשה בכתב להיבדק ללא נוכחות- יש לציין סיבה לבקשה, סוג הרכב שברשותך כיום, איזה רכב בדקת והנך מבקש לצורך הסעתך, האם בדקת את הרכב המייצג .
2. מידע רפואי עדכני מבי"ח/רופא מטפל/דו"ח שיקום.
3. לציין גיל+ גובה כללי+ משקל.
4. במידה והנך משתמש בכיסא גלגלים נא לצרף אישור משרד הבריאות+ סוג הכס"ג.
5. מצ"ב טופס מידות כיסא גלגלים. נא למלא בהתאם כשהנך ישוב על הכיסא גלגלים ולצרף תמונות שאתה ישוב על גביו.

לידיעתך, גם לאחר עיון הוועדה בחומר הנדרש, אין זה מבטיח כי תאושר בקשתך לקיום וועדה ללא נוכחות, במקרה שלא יאושר תישלח הזמנה בדואר.

בברכה,

מזכירות הוועדה להתאמת רכב

המכון הרפואי לבטיחות בדרכים
משרד הבריאות
marvad1@telaviv.health.gov.il
מנחם בגין 116, תל אביב
טל: *5400 **פקס:** 03-5610284

THE MEDICAL INSTITUTE OF ROAD SAFETY
MINISTRY OF HEALTH
marvad1@telaviv.health.gov.il
MENAHEM BEGIN 116, TEL-AVIV
Tel: *5400 **Fax**: 03-5610284

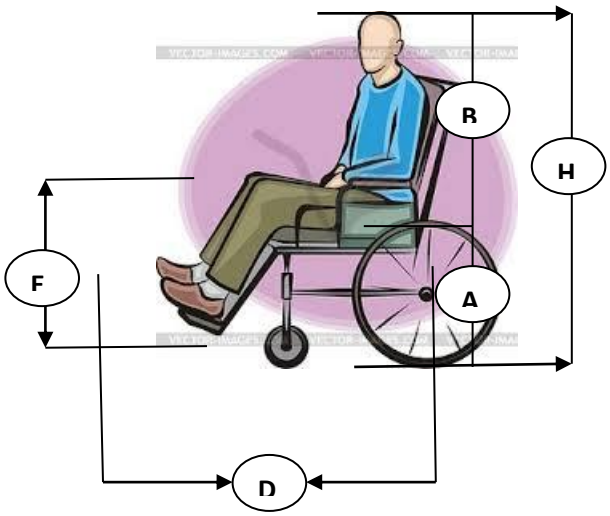
שם _____ת.ז _____תאריך _____

יש לסמן את סוג כיסא הגלגלים שברשותך סטנדרטי/ ממונע

אושר במשרד הבריאות : כן / לא (במידה וכן יש לצרף אישור משרד הבריאות)

A _____ B_____ H (B +A)_____ D (אורך) _____ C (רוחב)_____

E _____



הערות:

_____

_____

_____

_____

שם: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

THE MEDICAL INSTITUTE OF ROAD SAFETY
MINISTRY OF HEALTH
marvad1@telaviv.health.gov.il
MENAHEM BEGIN 116, TEL-AVIV
Tel: *5400 **Fax**: 03-5610284

המכון הרפואי לבטיחות בדרכים
משרד הבריאות
marvad1@telaviv.health.gov.il
מנחם בגין 116, תל אביב
טל: *5400 **פקס:** 03-5610284

מס' זהות של המוגבל בניידות
ס"ב

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
ניידות

כתב התחייבות

חלק א': לחתימת המוגבל בניידות

דברי המבוא מהווים חלק בלתי נפרד מהסכם הניידות ומכתב ההתחייבות.

הואיל: והנני מוגבל בניידות לפי ההסכם בדבר גמלת ניידות מיום 1.6.1977 שבין המוסד לביטוח לאומי (להלן המוסד) לבין ממשלת ישראל, אשר תוקן מעת לעת (להלן ההסכם).

והואיל: והנני עומד לקבל הטבות מכוח הסכם הניידות, או הלוואה לרכישת רכב מכוח הסכם בדבר מתן הלוואות לרכישת רכב למוגבלים בניידות, שנחתם בין המוסד לבין משרד האוצר ביום 10.5.1981 ואשר תוקן מעת לעת (להלן הסכם בדבר מתן הלוואות).

והואיל: וידוע לי שעלי להודיע למוסד על כל שינוי שעשוי להשפיע על זכאותי להטבות על פי ההסכם.

לפיכך ולאור האמור לעיל הנני מתחייב בזה כדלקמן:

1. להודיע למחלקת ניידות בכתב ומיד על:
   א. כל שינוי במצבי הרפואי ו/או הגופני ו/או מגבלותיי ו/או ביכולת הניידות שלי.
   ב. היותי שוהה במוסד (כגון: פנימייה/מעון/הוסטל), או אם הגשתי בקשה להתקבל למוסד כאמור.
   ג. אשפוזי בבית חולים ו/או אם עברתי ניתוח לאחר הבדיקה הרפואית האחרונה בלשכת הבריאות או בועדת עררים, ולהמציא למוסד סיכום מחלה.
   ד. שלילה, התלייה, אי-חידוש, אי-נהיגה בפועל, או כל שינוי אחר בתנאי רישיון הנהיגה שלי ו/או של "מורשה הנהיגה" שלי.
   ה. גניבה, הרס שנגרמו לרכב ו/או לאבזרים המיוחדים ו/או למיתקן ההרמה/רובוט, או נזק בתאונה שנגרם לרכב ו/או לאבזרים המיוחדים, ועל כל סכום שאקבל מחברת הביטוח בגין אחד מהאירועים הללו.
   ו. כוונה למכור או למסור לאחר את הרכב ו/או את האבזרים המיוחדים ו/או את מיתקן ההרמה/רובוט.
   ז. כל מקרה בו אפסיק להשתמש ברכב (לרבות שימוש כדין), או שרישיון הרכב לא חודש לתקופה העולה על שלושה חודשים.
   ח. הפסקת שימוש בקביעות ברכב לצורך נסיעה למקום עבודתי - <u>חל רק על מוגבל בניידות המקבל תוספת קצבה בגין מרחק.</u>
   ט. התחלת עבודה, הפסקת עבודה, שינוי במקום העבודה, קבלת תשלומים מקרן השתלמות.
   י. שינוי במקום המגורים שלי ו/או של "מורשה הנהיגה" שלי.
   יא. יציאתי את הארץ לתקופה העולה על שלושה חודשים רצופים.
   יב. הסדר לפיו בשל היותי נכה אני:
   פטור מתשלום מסים החלים על הרכב, כולם או חלקם, או שאני זכאי לקבל הלוואה לכיסויים שלא על פי הסכם הניידות.
   זכאי לתשלום עבור החזקת רכב או עבור השתתפות בהוצאות ניידות שלא על פי הסכם ניידות.
   זכאי לקבל מיתקן הרמה/רובוט או מענק לרכישתם שלא על פי הסכם הניידות.
   זכאי לקבל אבזרים מיוחדים או מענק לרכישתם שלא על פי הסכם הניידות.
   זכאי לקבל אבזרים לרכב פרטי או מענק לרכישתם שלא על פי הסכם הניידות.
   יג. מעצרי או מאסרי.
   יד. החזרת רכב שהועמד לרשותי ולשימושי על ידי המעסיק בשיטת ליסינג תפעולי – לחברה.
   טו. החזרת רכב שנרכש על ידי בשיטת ליסינג מימוני לחברת הליסינג.
2. להמציא למוסד לפי דרישתו צילום רישיון נהיגה בר תוקף שלי ו/או של "מורשה הנהיגה" שלי.
3. להמציא למוסד לפי דרישתו צילום רישיון רכב בר תוקף.
4. אם תשולם לי קצבת ניידות כחסר רכב שוהה במוסד, אני מתחייב להמציא למחלקת ניידות, דו"ח פירוט חודשי של יציאותיי את חצרי המוסד ברכב מנועי, חתום על ידי ועל ידי מנהל המעון/עו"ס של המעון, בהתאם לדרישות המוסד.

חלק א': המשך

סעיפים 5-19 להלן חלים רק על מי שקיבל הלוואה עומדת לרכישת רכב ו/או הלוואה לרכישת רכב מכח ההסכם בדבר מתן הלוואות ו/או הלוואה לרכישת אבזרים מיוחדים ו/או הלוואה לרכישת מיתקן הרמה/רובוט:

5. לא להתיר לאיש, זולת "מורשה הנהיגה" שאושר ע"י המוסד, לנהוג ברכב, למעט אם אמצא ברכב כל זמן נהיגתו של נהג אחר שהוא בעל רישיון נהיגה בר-תוקף. **(חל רק על מי שקיבל הלוואה עומדת)**
6. לבצע מבחן רישוי ולחדש את תוקף רישיון הרכב במועד.
7. לבטח את הרכב במלוא ערכו, מיד עם רכישתו וכל עוד הרכב בבעלותי - בביטוח מקיף, לקיים את כל הדרישות הקיימות בפוליסת הביטוח ולהמציא למוסד לפי דרישתו העתק מהפוליסה. ידוע לי כי אם לא אבטח את הרכב בביטוח מקיף, והרכב ייגנב או ייהרס בטרם עת, לא אהיה זכאי לקבל מאת המוסד הלוואה עומדת להחלפת רכב בטרם עת, ואהיה חייב בהחזר ההלוואות שניתנו לי לרכישת הרכב.
לבטח את האבזרים המיוחדים בהתאם לעלותם הכוללת כפי שחושבה לצורך מתן ההלוואה שקבלתי לצורך רכישתם מאת המוסד, מיד עם רישומם ברישיון הרכב שלי, וכל עוד הם בבעלותי.
ידוע לי כי אם לא אבטח את האבזרים המיוחדים בביטוח מקיף והאבזרים יגנבו או יהרסו בטרם עת, לא אהיה זכאי לקבל מאת המוסד הלוואה לרכישת אבזרים מיוחדים בטרם עת, ואהיה חייב בהחזר ההלוואה שניתנה לי לרכישת האבזרים המיוחדים וכן להפחתת הקצבה.
8. לשעבד את פוליסת הביטוח המקיף לטובת המוסד, אם המוסד דרש זאת ממני.
9. ידוע לי כי אין לשעבד, למשכן, להטיל עיקול או להשתמש ברכב ו/או באבזרים המיוחדים ו/או במיתקן ההרמה/ רובוט, כערובה לכל חוב, אלא לאחר קבלת אישור מהמוסד. ללא אישור מראש מאת המוסד, יחשב הדבר כהפרת התחייבות.
10. לא להוציא את הרכב, בעבורו קיבלתי הלוואה עומדת, את גבולות הארץ, ללא אישור מראש ובכתב מאת המוסד לביטוח לאומי.
11. לרכוש רכב שניתן להיכנס לתוכו בישיבה בכיסא גלגלים, או שניתן לנהוג בו תוך ישיבה בכיסא גלגלים, אם ניתנה לי הלוואה עומדת לרכישת רכב כזה, ולהתקין ברכב את האבזרים המיוחדים אשר המכון הרפואי לבטיחות בדרכים קבע שאני זקוק להם.
12. להשתמש בהלוואה לאבזרים מיוחדים ששולמה לי ע"י המוסד, למימון הרכישה וההתקנה של האבזרים המיוחדים ולא לכל מטרה אחרת.
13. לרשום את האבזרים המיוחדים ברישיון הרכב, מיד עם סיום התקנתם, ולהמציא למוסד צילום מרישיון הרכב מיד עם קבלתו.
14. להעביר את האבזרים המיוחדים מרכב לרכב בעת החלפת הרכב בטרם עת, אם המכון הרפואי לבטיחות בדרכים קבע כי הרכב לא מתאים עוד לצרכי, והמוסד אישר שניתן להעביר את האבזרים המיוחדים לרכב הקובע החדש.
15. להחזיר למוסד את ההלוואה העומדת ו/או את ההלוואה לרכישת אבזרים מיוחדים ו/או את ההלוואה לרכישת מיתקן הרמה/רובוט, במועדים ובתנאים המפורטים בהסכם. ידוע לי כי במקרה של פטירה, חובת ההחזר תחול על היורשים שלי.
16. להחזיר למוסד באופן מיידי, את כל סכום המקדמה שניתנה לי לרכישת רכב מכוח ההסכם בדבר מתן הלוואות, אם לא רכשתי רכב עם הלוואה עומדת מכל סיבה שהיא, או אם לפני רכישת הרכב חדל להתקיים בי תנאי מהתנאים המזכים בהלוואה.
17. להחזיר למוסד את ההלוואה שניתנה לי לרכישת רכב מכוח ההסכם בדבר מתן הלוואות, במועדים ובתנאים המפורטים בהסכם בדבר מתן הלוואות. ידוע לי כי במקרה של פטירה, חובת ההחזר תחול על היורשים שלי.

_____ _____ _____ *

תאריך שם מלא של המוגבל בניידות / אפוטרופוס חתימה של המוגבל בניידות / אפוטרופוס

*** לגבי קטין – נדרשת חתימה של שני ההורים.**

חלק ב': לחתימת "מורשה הנהיגה" של מוגבל בניידות חסר רישיון נהיגה

הואיל: ואושרתי ע"י המוסד לשמש כ"מורשה נהיגה" של המוגבל בניידות, וקיבלתי על עצמי להסיעו ברכב;

והואיל: והנני גר בקביעות באותו בניין בו גר המוגבל בניידות, או במרחק שאינו עולה על 1500 מטר בקו אווירי מביתו, או בבניינים הקרובים ביותר זה לזה בתחום אותו יישוב.

לפיכך ולאור האמור לעיל הנני מתחייב בזה כדלקמן:

1. להסיע את המוגבל בניידות באורח קבע למען צרכיו היום יומיים, ולא להשתמש ברכב באופן בלעדי למען צרכי.
2. להודיע למחלקת ניידות אם ארע לי אחד מן המקרים המפורטים בחלק א' לעיל בסעיפים 1 ד',י', יא', יג', וכן, אם אינני "קרוב משפחה" ומוניתי כ"מורשה נהיגה" מטפל – להודיע למחלקת ניידות על כל שינוי בתנאי העסקתי .
3. ידוע לי כי במקרה של פטירה של המוגבל בניידות, חובת ההחזר של ההלוואות שניתנו לו לצורך רכישת הרכב ו/או האבזרים המיוחדים ו/או מיתקן ההרמה/רובוט תחול על היורשים.
4. ידוע לי כי אם אפר התחייבות כלשהי מהתחייבויותיי בכתב התחייבות זה, יהא המוסד רשאי לבטל את האישור שניתן לי לנהוג ברכב.

תאריך _____ שם "מורשה הנהיגה" 1 _____ת.ז._____ חתימה ✘ _____

תאריך _____ שם "מורשה הנהיגה" 2 _____ת.ז._____ חתימה ✘ _____

תאריך _____ שם "מורשה הנהיגה" 3 _____ת.ז._____ חתימה ✘ _____

תאריך _____ שם "מורשה הנהיגה" 4 _____ת.ז_____ חתימה ✘ _____

חלק ג': לחתימת "מורשה הנהיגה" של מוגבל בניידות בעל רישיון נהיגה

הואיל: והמוסד התיר לי לנהוג ברכבו של המוגבל בניידות;

והואיל: והנני גר בקביעות באותו בניין בו גר המוגבל בניידות, או במרחק שאינו עולה על 1500 מטר בקו אווירי מביתו, או בבניינים הקרובים ביותר זה לזה בתחום אותו יישוב;

לפיכך ולאור האמור לעיל, הנני מתחייב בזה כדלקמן:

להודיע למחלקת ניידות על:

1. כל שינוי במקום המגורים שלי.
2. שלילה, התלייה או אי חידוש של רישיון הנהיגה שלי.
3. ידוע לי כי במקרה של פטירה של המוגבל בניידות, חובת ההחזר של ההלוואות שניתנו לו לצורך רכישת הרכב ו/או האבזרים המיוחדים ו/או מיתקן ההרמה/רובוט תחול על היורשים.

תאריך _____ שם "מורשה הנהיגה" 1 _____ת.ז._____ חתימה ✘ _____

תאריך _____ שם "מורשה הנהיגה" 2 _____ת.ז._____ חתימה ✘ _____

תאריך _____ שם "מורשה הנהיגה" 3 _____ת.ז._____ חתימה ✘ _____

תאריך _____ שם "מורשה הנהיגה" 4 _____ת.ז_____ חתימה ✘ _____

נא למלא מספר תעודת זהות. _____

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
ניידות

חותמת קבלה

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: ניידות

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	
15		שנה חודש יום	
שם משפחה		שם פרטי	

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____

הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✘ _____