

طلب دفع مخصص الإعاقة / استمرار المخصص - المستندات المطلوبة بكشة لتسليم كفالة نقوص/المشرك كفالة - مسمومين ندريش

مرحباً شلوم رب،
مُرفق أدناه نموذج طلب للحصول على مخصص الإعاقة / الاستمرار في دفع مخصص الإعاقة
מצ"ב متوجه بكشة لケبلت كفالة نقوص/المشرك تسليم كفالة نقوص.
لكي نتمكن من معالجة طلبك، نطلب منك ملي المستندات التالية وإرسالها إلينا.
כדי שנוכל לטפל בבקשתך, נבקש למלא ולהעביר אלינו את המסמכים הבאים

ما الذي يجب إرفاقه بنموذج الطلب مما יש לצرفة لتوفيق البكشة؟

- نموذج طلب (أصلي) للحصول على مخصص الإعاقة / استمرار الإعاقة، مُوقع من قبلك
توفيق بكشة لケبلت كفالة نقوص/المشرك نقوص مكتوب وتحت عل يذر.
- صورة لبطاقة الهوية تشتمل الملحق. צילום تعودت ذهوره הכלل سפח
تأكيد أصلي وموقع من البنك يدل على إدارة حساب.
אישור ניהול حساب مكتوب وتحت عل ידי البنك
- مستندات طبية حديثة مترجمة إلى العبرية تدل على حالة الإعاقة وعواقبها الصحية. في حالة تقديم طلب
لاستمرار الحصول على مخصص الإعاقة، يجب إرفاق المستندات التي ثبتت استمرار أو تفاقم الحالة الصحية
التي تمت الموافقة على المعاش من أجلها. لن يتم قبول المستندات الطبية بدون توقيع وختم الطبيب. مسمومين
רופאים عدديين ومتورגםين لعبرית المعديين على مكرهة النقوص وعلى الشلוכותى البرairoothiot. بمקרה של بكشة للمشر
كفالة نقوص יש לצרفة מסמכי المعديين על המشر או החمرات הבועה אשר בגינה אושרה קפזה. מסמכיים רפואיים ללא
חתימה וחותמת רופא לא יתתקבלו.
- تأكيد على استنفاد أيام المرض من قبل صاحب العمل. يجب أن تحدد المصادقة التاريخ الدقيق الذي سيتتم فيه
استنفاد الأيام المرضية (اليوم، الشهر، السنة).
אישור מיצויימי محله מהמעסיק. על האישור לציין את המועד המדויק בו ימוץימי המחלה (יום, חודש, שנה).
- قرارات وبروتوكولات وزارة الصحة الفلسطينية وأي وثيقة داعمة تتعلق بالطلب.
الחלטات وبروتوكولات משרד הבריאות الفلسطيني وكل מסמך תומך אשר נוגע לבקשת
تنازل عن السرية الطبية موقع من قبلك (مرفق في هذا المستند).
- كتاب ويتور على سوديات رفائيليات ثبوت عل يذر (מצורף במסמך זה).
- تأكيد استلام مخصص و/أو مكافأة لمرة واحدة من مؤسسة التأمين الوطني (إذا حصلت على مخصص).
אישור על קבלת كفالة /أو معنוק חד פעמי מביתוח לאומי (במידה وكיבולת).

كيف يتم إرسال المستنداتaira لשלוח את המסמיכים؟

כתובתנו למסלו דואר:
עמיתים לעתיד
ת"ד 33532
טל אביב 6133401
ישראל

عنواننا البريدي:
عميتيم لعيid
ص.ب 33532
تل ابيب 6133401
اسرائيل

معلومات هامة harusan لدעת

- يمكن للمؤمن عليه التقدم بطلب للحصول على مخصص الإعاقة بعد أن تمنعهم صحتهم من العمل لمدة 90 يوماً أو أكثر.
 - مبادلة يوجل للهجرة بקשה للكفالة وقوتها لآخر شريك برأيهم ممنوع مسكنه لعدة بمقدار 90 يوماً ومعهلاً
 - فقط بعد استلام جميع المستندات بطريقة مقروءة وسليمة يمكننا معالجة طلبك
 - רק לאחר كفالة كل المسمىين بأوامر كفالة وتفويض نصل لطفل ببيانكم
 - הגשת בקשה לבקשת נוכחות מבטלת את זכאותך וזכאותו ירוש'יר למשיכת הנכספים
 - تقدم بطلب للحصول على مخصص الإعاقة يلغى أهليةك واستحقاق ورثتك لسحب الأموال.

نموذج طلب دفع مخصص الإعاقة / استمرار مخصص الإعاقة

טופס בקשה לתשלים קצבת נכות/הקשר גמלת נכות

1. **تفاصيل المؤمن عليه/ا** – **פרטי הקבושה/ת**

رقم الهوية مسفر تעודת زحول	جنس مän ذكر ذكر / أنثى نكبة	اسم العائلة שם משפחה	الاسم الشخصي שם פרטי	تاريخ الميلاد תאריך לידה

الحالة الاجتماعية مكتب مشفختي (يرجى وضع دائرة حولها ناً لمن ينطبق)	اسم الأب شم الآب	اسم الجد شم والد	رقم الخلوي تلفون نيد
أعزب / عزباء روك/ه متزوج/ة نشوى/ه مطلق/ة جوش/ه أرمل/ة ألمون/نة			

عنوان السكن/الشارع	כתובת מגורים/רחוב	מספר הבית	مدينة / عיר	البريد الإلكتروني

أنا اني **holder of identification number** holder of identification number **أطلب الموافقة على** أطلب الموافقة على **طلب** طلب **لأشر لـ** لأشر لـ

- طلب الحصول على مخصص الإعاقة بקשה لקבלה קצבת נכות
- طلب استمرار دفع مخصص الإعاقة بקשה להמשך תשלום קצבת נכות

أقر بأن الإعاقة هي نتيجة (يجب وضع علامة X على سبب الإعاقة)
أني مصاير/هَا כי הנכות היא תוצאה של (יש לסמן X בסיבת הנכות):

- مرض مחלه
 - حادث عمل تأونت בעבודה
 - المرض المهني (المرض الناجم عن عملك) מחלת מקצוע (מחלה שנגרמה בשל עבודתו)
 - حادث سيارة تأונת דרכים
 - الاعمال العدائيه فعلות أخيها
 - حدث يشكل أساساً للمطالبة بالتعويض بحسب قانون الأضرار (مثل الضرر الناجم عن إهمال شخص أو اعتداء)
- أירוע מהهوه عملاً لتبיעת פיצויים לפי פקודת הנזקين (כגון נזק שנגרם בשל רשלנות של אדם או בשל תקיפה)

التفاصيل פירוט

يرجى وضع علامة X נא לסמן ב X
أحصل على مخصص من مؤسسة التأمين الوطني أو من أي هيئة أخرى في دولة إسرائيل (إذا كان الأمر كذلك - يرجى إرفاق المراجع)
أني קיבל/ت كتبة מהמוסד לביטוח לאומי או כל גוף אחר במדינת ישראל (אם כן - نא לצרף מסמכתאות)

- نعم כן
- لا לא

حصلت على مكافأة لمرة واحدة من مؤسسة التأمين الوطني أو من أي هيئة أخرى في دولة إسرائيل (إذا كان الأمر كذلك - يرجى إرفاق المراجع)

קיבلتني מענק חד פעמי מביתוח לאומי או כל גוף אחר במדינת ישראל (אם כן - נא לצרף מסמכתאות)

- نعم כן
- لا לא

2. تفاصيل الزوج / الزوجة فرطى بن/بت الزوج

رقم الهوية מס' ת"ז	اسم العائلة שם משפחه	الاسم الشخصي שם פרטי	تاريخ الميلاد تاريخ لידה	مكان العمل מקום העבודה
حالة سطتوس	متزوج/ة נשואה	تاريخ الزواج تاريخ נישואין	رقم الخلوي טלפון נייד	رقم الخلوي
زواج مساكنة/دواعه הציבור	نשואה/ه			

رقم الهوية מס' ת"ז	اسم العائلة שם משפחه	الاسم الشخصي שם פרטי	تاريخ الميلاد تاريخ لידה	مكان العمل מקום העבודה
حالة سطتوس	متزوج/ة נשואה	تاريخ الزواج تاريخ נישואין	رقم الخلوي טלפון נייד	رقم الخلوي
زواج مساكنة/دواعه הציבור	نשואה/ه			

3. أولاد المؤمن عليه حتى سن 21 عاماً أو أولاد معاين غير القادرين على إعالة أنفسهم
ילדי המבוטח עד גיל 21 או ילדים נכים שאינם מסוגלים לככלל את עצם

اسم الولد شم هيلد	رقم الهوية مسپر تز.	تاريخ الميلاد تارير ليدا	تاريخ بدء الإعاقة (ينطبق على الأطفال المعوقين فقط) موعد تحلية النقوش (رلاؤجي ليالدم نكيم بلبد)

4. **معلومات אتصال נוספת (בاستثناء זהותך) פרט איש קשר נוסף (פרט לבן/בת הזוג)**

الاسم الكامل شم ملا	القراة العائليه كيربة	الهاتف تلفون	عنوان قتحوت	البريد الإلكتروني داير الكتروني

5. تفاصيل الحساب المصرفي، فرعي حساب بنك

اسم البنك שם הבנק	اسم الفرع שם הסניף	رقم الفرع מספר סניף	رقم الحساب מספר חשבון	الاسم الكامل باللغة الإنجليزية حسب المسجل في أوراق البنك שם מלא באנגלית כמפורט בדף הבנק

الحساب البنكي باسمي ولا يدار في فرع بنك في غزة
חשבון הבנק הוא עלשמי ואין מתנהל בסניף בנק בעזה
أوافق بوجب هذا وأؤكد أنه في حالة إجراء الدفع إلى هذا الحساب عن طريق الخطأ بعد وفاتي بما يتتجاوز أهليتي بوجب أي قانون، يحق للبرنامج استرداد الأموال من البنك فور الطلب الأول. أعطي تعليمات غير قابلة للإلغاء للبنك لتنفيذ ما سبق ذكره (بحب ارادة تعليمات غير قابلة للإلغاء بتوقيع البنك).

אני מסכימ/ה ומאשר/ת בזאת כי בכל מקרה שייעבר תשלום לחשבון זה בטיעות לאחר פטירתה מעבר לזכאותי ע"פ כל דין תהיה הרכנית זכאיית לקבל מהבנק החזר תשלום מיד עם דרישת ראשונה. אני נו陶ת/ת הוראה בלתי חוזרת לבנק לביצוע האמור (יש לטרף הוראה בלתי חוזרת בחתימת הבנק).

أنا الموقع:
על החתום:

التوقيع **חתימה**

التاريخ تاريخ

رقم الهوية MO'ת"א

الاسم الكامل شم ملأ

٦. استنفاد الأيام المرضية ميزاً يومياً مصلحة

تاريخ انتهاء استئناف أيام المرض تارير سיום מיצויימי מחלה
السنة شنة _____ / الشهر חדש _____ / اليوم يوم _____

يجب إرفاق تأكيد من صاحب العمل الأخير بشأن تاريخ استنفاد أيام المرض
יש לצרף אישור מהמעסיק האחרון לגבי מועד מיצוי ימי המחלת

7. بيان المؤمن له הצהרת המבוטה

1. أدرك وأوافق على أنه إذا تبين أنني غير مؤهل للحصول على الشخص أو أنني قدمت للبرنامج تفاصيل غير صحيحة، يحق للبرنامج إلغاء استحقاقى للمخصص أو تخفيض مبلغ الشخص. أدرك أنه في مثل هذه الحالة، يحق للصندوق أيضا المطالبة باسترداد المبالغ التي دفعها لي أو تعويض المبلغ الذي تم دفعه لي عن طريق الخطأ، بالإضافة إلى فروق الربط والفائدة من دفع راتب سنوى أو أي مبلغ آخر سيتم إضافته إلى في البرنامج. يدוע לי ואני מסכימים/ה כי אם יתברר שאין לי זכאות לkazaה או כי מסורת לתקנות פרטיהם שאינם נכונים, התכווית תהיה רשאית לשலול זכאותי לkazaה או לעדכן את סכום הקazaה. ידוע לי כי בקרה כזה התכווית תהיה זכאות גם לדריש החזר סכומים ששילמה לי או לקוז את הסכום ששולם לי בטיעות, בתוספת הפרשי הצמדה וריבית מתשלום קazaה או מכל סכום אחר שיימוד לזכותי בתכווית.
2. سيتم استخدام المعلومات المقدمة إلى البرنامج في إطار هذا المستند من قبل البرنامج لأغراض تقديم الخدمة بما في ذلك فحص حقوقك وفقا للإجراء الموحد، وتحسيئها، وتبسيطها وتشغيلها، وإجراء الدراسات الإحصائية. سيتم نقل المعلومات إلى أطراف ثالثة وفقا للإجراء الموحد / إلى السلطات والهيئات الحكومية، حسب الحال.
3. الميدع הנමסר לתכווית בסגירת מסמך זה, ישמש את התכווית לצרכי מבחן השירות (ולרכות בחינת זכויותיך על פי הנהול האחד), שיפורו, יעוולו ותפעולו וכן לביצוע מחקרים סטטיסטיים. המידע יועבר לצדים שלישיים בהתאם לנוהל האחד' לדרישות ולגופים ממשלתיים, לפי העניין.
4. أدرك وأوافق على أنه إذا تم تقديم تقارير عن العودة إلى العمل إلى البرنامج للفترة التي سأتناصفي فيها مخصص الإعاقة، إلغاء استحقاقى للمخصص وسيطلب مني إعادة الأموال لتلك الفترة. يدוע לי ואני מסכימים/ה, כי אם יועברו לתכווית דיווחים על חזרה לעובאה בגין התקופה בה תשולם לי קצתת נכות, תבוטל זכאותי לkazaה ואדרש להשב סכפים על תקופה זו.
5. أدرك أن طلبي للحصول على مخصص الإعاقة من البرنامج סייגיإمكانية سحب قيمة الاسترداد المستحقة باسمى في البرنامج. يדוע לך כי בקשה לקבלה מהתכווית קצתת נכות תבטל את האפשרות למשיכת ערכיו הפדיון הצבורים עלשמי בתכווית.
6. أعلم أنه في حالة الوفاة لاقدر الله خلال فترة استحقاقى للحصول على مخصص الإعاقة لن يحق לורתי ולתבקיכין سحب مبلغ قيمة الاسترداد من الصندوق. ידוע לי כי בקרה של פטירה, חיללה, התקופה קצתת נכות, לא תהיה לירושה ושארו זכאות למשיכת סכום ערכיו הפדיון מהתכווית.
7. أدرك أن تسجيل تاريخ ميلاد المدرج في قواعد بيانات البرنامج لا يلزم البرنامج الشخص إذا تم تغيير التسجيل في قواعد بيانات البرنامج، سواء لغرض تحديد تاريخ استحقاقى لعاش الشيخوخة أو فيما يتعلق بالتاريخ الذي أنوى فيه إنهاء علاقته الموظف بصاحب العمل في مكان عمل تمديدا لتقاعدي. أدرك أنه إذا تم تغيير تاريخ ميلادي، يجب أن أزود البرنامج بمراجعة تعطي رأيها فيما يتعلق بصحة التغيير وأن برنامج التقاعد ستحدد عمري لغرض الحصول على الحقوق من صندوق التقاعد وفقا للشروط المنصوص عليها في اللوائح. يدוע לי כי רישום تاريخ לידתי המצוى במאגרי המידע של התכווית לא מחייב את התכווית הפנסיה אם שונא הרישום במאגרי התכווית במחלקת תקופת ביטוחיה. בסביבות אלה, ידוע לי כי אין להסתמך על تاريخ הלידה הרשום במאגרי התכווית, הן לצורך קביעת מועד זכאותي לkazaה זקנה והן בכל הקשור למועד בו כונתי לסימן יחסית עובד-מעביד במקום העבודה לקרוואת פרישתי לגמלאות.
8. أدرك أن شams تאריך לידתי,علي להמציא לתכווית אסמכתאות שנינו את דעתה בדבר נוכנות השינוי וכי התכווית הפנסיה תקבע את גiley לצורך קבלת זכויות מתכווית הפנסיה על פי התנאים הקבועים בתכווית. أنا على علم وأوافق على أن الأحكام الكاملة للإجراء كما تمت صياغتها من وقت لآخر تحدد حقوقى في البرنامج. يدוע לי כי האמור לעיל הוא תמצית חלקית בלבד של ההוראות הנוגעות לנוינו. ידוע לי ואני מסכימים/ה לכך שהוראות הנוהל המלאות לפי נוסchan מעת לעזם הקבועות את זכויותי בתכווית.
9. وفقا لإجراءات مخصصات البرنامج, لن يحصل المؤمن عليه مخصص الإعاقة لمدةزيد عن ستة أشهر قبل تاريخ تقديم طلب الحصول على مخصص الإعاقة. بالإضافة إلى ذلك, أدرك أن تقديم دعوى لبرنامج التقاعد لا توافق سياق التقadem المنصوص عليه في القانون. בהתאם לנוהל הכלואות של התכווית, לא תשולם لمボטחת קצתת נכות بعد תקופה העולה על שישה חודשים לפני מועד הגשת>bקשה לקבלת קצתת הנכות. בנוסף, ידוע לי כי הגשת תביעה לתכווית הפנסיה אינה עצרת את מירוץ ההתישנות הקבוע בדי.

اسم المؤمن عليه شم المبقوط _____ رقم الهوية ת"ז _____
توقيع المؤمن عليه /ا/ تחתيم المبقوط _____ التاريخ תאריך _____

8. האلتזام بتقدים "شهادة حياة" لتلقي المخصص حقوق המצאת "אישור חיים" למקבל קצבה

نظرًا لأن الأهلية للحصول على المخصص تنتهي عند وفاة المستفيد/ة من المخصص، يجب عليك تقديم "شهادة حياة" للصدوق مرة كل 6 أشهر. وسيؤدي عدم تقديم هذه الشهادة إلى تجميد استمرار مدفووعات المخصص. ما يلي وذوات لكسبت كتبة فوكعت عم فטיית مقابلת הקצבة، מוחבתך להמציא "אישור חיים" לתכנית אחת ל 6 חודשים. اي המצאת אישור זה יגרור הקפאת המשך תשלוםם הקצבة.

التنازل عن السرية ويتوڑ سودיות

أنا الموقع أدناه أني הח"מ _____ ، رقم الهوية ת.ז. _____
عنوان السكن כתובות מגורי _____

أمنح الإذن بموجب هذا لأى موظف في شركات / وكالات التأمين القائمة لتقدم المواد و / أو المعلومات المتعلقة بالتأمينات و / أو المطالبات من أي نوع و / أو الحوادث السابقة و / أو المتأخرة التي تعرضت لها، بما في ذلك حالة الدعوى. بالإضافة إلى ذلك، أعطي بموجب هذا لأى موظف طبي و / أو مؤسسة طبية و / أو تأهيلية و / أو صندوق صحة و / أو جيش الدفاع الإسرائيلي و / أو وزارة الدفاع و / أو وزارة الصحة و / أو وزارة الشؤون الاجتماعية و / أو مؤسسة التأمين الوطني و / أو أي شخص لديه معلومات، كل منهم معًا أو كل منهم على حدة (فيما يلي - أصحاب المعلومات)، لتزويد البرنامج، أو أي شخص سيعينه البرنامج (فيما يلي - المتقدمون). بالتفاصيل دون استثناء وبالطريقة التي يطلباها مقدموا الطلبات، حول ظروف الصحة، بما في ذلك صحتي العقلية أو الفكرية بما في ذلك المعرفية أو الدائمة أو المؤقتة، بما في ذلك الأمراض التي أصبت بها في الماضي و / أو التي أعني منها حالياً والقيود على أدائي بسبب هذه الإعاقات، بما في ذلك أي معلومات اجتماعية ناجحة عن حالتي الصحية. أعفي بموجب هذا أصحاب المعلومات والموظفين أو الموظفين في إطارهم و / أو الذين يتصرفون نيابة عنهم، من الالتزام بالاحفاظ على السرية الطبية فيما يتعلق بالمعلومات المذكورة أعلاه، والتنازل عن هذه السرية بخاله المتقدمين، ولن يكون لدى أي دعوى أو مطالبة من أي نوع ضد أصحاب البيانات أو المتقدمين فيما يتعلق بتوفير هذه المعلومات.

נותנת בזאת רשות לכל עובד חברות/סוכניות ביטוח הקיימות למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים ו/או לתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאחרות שעברתי כולל מצב התביעה. כמו כן, אני נותנת בזאת לכל עובד רפואי ו/או לשדר רפואית ומושרד הרווחה ו/או לשיקומי ו/או לкопת חולים ו/או לצבא ההגנה לישראל ו/או לשדר הביטחון ו/או למושרד הבריאות ו/או למושרד לתוכנית, או לכל מי שהתקנית תמנה (להלן - המבקשים), את הפרטים ללא יצוא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים, על מצבי הבריאותי, כולל בריאות הנפשית או שכילת לרבות קוגנטיבית, קבוצה או זמינות שיש לי, לרבות מחלות שחילתי בהן בעבר ו/או שאני חולה בהן בהווה ועל ההגבלה על תפקודי בשל לקויות אלה, ולרבות כל מידע סוציאלי הנובע ממצבי הבריאותי. אני משחררת בזה את מחזקי המידע ואת העובדים או המשרות במסגרותם ו/או הפעלים מטעם, מוחבת שמריה על סודיות רפואי בכל הנוגע למידע הנזכר לעיל, ומוחתר על סודיות זו כלפי המבקשים, ולא תהיה לי כלפי מחזקי המידע או כלפי המבקשים כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירות המידע כאמור.

اسم المؤمن عليه شم المبقوط _____ رقم الهوية ת"ז _____
توقيع المؤمن عليه /ا/ تחתيم المبقوط _____ التاريخ תאריך _____