לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות ושירותים מיוחדים

בקשה לקבלת אחוזי נכות לצורכי מס הכנסה למקבלי גמלת ילד נכה

חותמת קבלה

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

1 הצהרה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות

פרטי מגיש הבקשה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
		_____@_____

☐ 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.

קרבה אל הילד

☐ הורה ☐ אח/אחות ☐ סב/סבתא ☐ אפוטרופוס (יש לצרף צו אפוטרופסות) ☐ אחר _____

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה במשרד הפנים) ☐ **עם הילד** ☐ **אחר**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2 הצהרה

בחתימתי על טופס זה:

- אני הח"מ מוותר על הסודיות הרפואיות של ילדי אשר פרטיו מופיעים בטופס זה, ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע הקשור למחלת הילד, מצבו הרפואי, הטיפול שניתן לו, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם.
- אני מבקש לראות בטופס זה בקשה לבדיקה לעניין אחוזים רפואיים לילד נכה (ידוע לי כי במידת הצורך, הביטוח הלאומי יפנה אלי להשלמת פרטים הנדרשים להחלטה בעניינו של הילד).
- ידוע לי כי לא ניתן לערער על קביעת האחוזים וכי קביעה זו תועבר למס הכנסה.

תאריך_____ חתימת התובע, מקבל הגמלה או מגיש התביעה *_____

לידיעתך, חתימתך על הסכמה זו תאפשר לביטוח לאומי לקבוע זכאות <u>מבלי להזמין את הילד</u>/ה לבדיקה רפואית

טופס זה מנוסח בלשון זכר, אך פונה לנשים ולגברים כאחד