המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד

תביעה לגמלת סיעוד

בל/ 2600

הטופס מיועד למילוי על ידי התובע , בן משפחה או מכר ולא על ידי חברה נותנת שירותי סיעוד

תובע נכבד, קביעת הזכאות לגמלת הסיעוד נקבעת על ידי "הערכת תלות", "מבחן הכנסות" ותנאים נוספים. מידע מלא על גמלת הסיעוד ועל תנאים המזכים לקבלתה ניתן למצוא באתר המוסד לביטוח הלאומי www.btl.gov.il.

בהערכת התלות נבדקת מידת התלות של התובע בעזרת הזולת בפעולות היום יום ומידת הצורך שלו בהשגחה. הערכת התלות תתאפשר במספר דרכים:

- הערכת מידת התלות שתקבע על סמך המידע שנמסר במכתב הסיכום הרפואי עדכני חתום ע"י רופא מטפל, רופא מומחה או סיכומי אשפוז ומכתבים רלוונטיים נוספים. ניתן לצרף מידע רלוונטי שנמסר מגורמים מטפלים נוספים: אח המרפאה, פיזיותרפיסט, עובד סוציאלי וכיו"ב **ראה הנחיות בנספח א'.** יתכן ותערך שיחת טלפון להשלמת המידע.
- הערכת תלות בבית התובע המבוצעת על ידי מעריך מוסמך מטעם הביטוח הלאומי. המעריך יתאם מועד לביצוע ההערכה לאחר קבלת התביעה והמסמכים הרפואיים. אם קיימת ירידה קוגניטיבית אצל התובע על בן משפחה או אפוטרופוס להיות נוכח בבדיקה. **במצב זה יש למלא את סעיף 6 בטופס.**
- הערכת תלות לבני 90 ומעלה שתבוצע על ידי רופא מומחה בגריאטריה ללא עלות במסגרת עבודתו במוסד רפואי ציבורי. למען הסר ספק, אין לבצע בדיקה במסגרת הביטוח המשלים (שב"ן) או במסגרת פרטית לרבות שר"פ בבית חולים. **ראה נספח ב'**.

לצורך בדיקת העמידה שלך במבחן ההכנסות ובתנאים הנוספים נדרש:

- אישורי הכנסות שלך ושל בן/בת זוג מכל המקורות (**למעט** קצבאות ביטוח לאומי, אישורי ביטוח סיעודי פרטי ואישורי רנטה או כל קצבה לניצולי שואה ונרדפי הנאצים) לשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה חודשים שקדמו לחודש הגשת תביעה.
  אם הגשת תביעה בשנים עשר החודשים האחרונים, אין צורך להמציא מחדש אישורי הכנסות.
  עצמאי – נא בדוק עם מחלקת גבייה בסניף שההכנסות בביטוח לאומי הנן על בסיס שומה עדכנית
  אם היית עצמאי והפסקת את פעילותך, יש לוודא שהתיק בגביה נסגר על מנת לא לפגוע בך בעת ביצוע מבחן הכנסות לגמלת סיעוד.
  פנסיה מחו"ל – נא צרף דו"ח שומה עדכני.
  בעל הכנסה משכר דירה – נא צרף חוזה שכירות עדכני.
- **יתכן וידרשו אישורי הכנסות של 12 החודשים האחרונים או טופס 106.**
- **אם אתה מתגורר בבית אבות/מוסד/משפחתון, תמלא הנהלת המקום את האישור המופיע בסעיף 12 . מי שמתגורר במוסד בקיבוץ ימלא סעיף 14 בטופס.**

כיצד יש להגיש את התביעה

- לצורך קבלת מידע על גמלת הסיעוד והסבר על מילוי טופס התביעה, ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד, בו מופיע סרטון הדרכה, או לפנות למחלקת הייעוץ לאזרח הוותיק ומשפחתו בסניפי המוסד לביטוח לאומי בטלפון: 9696*.

- **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.

מידע נוסף

- לא ניתן לקבל בו זמנית גמלת סיעוד וגמלה אחרת מטעם המדינה עבור שירותי סיעוד כגון קצבת שירותים מיוחדים.
- באפשרותך לפנות לפקיד השומה במס הכנסה באזור מגוריך לשם בחינת זכאותך לפטור ממס הכנסה.
- ניתן לעקוב אחר הטיפול בתביעתך באזור האישי באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

נא למלא מספר תעודת זהות _____

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד

חותמת קבלה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך **1**

דפים

תאריך תביעה
יום חודש שנה

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מין ☐ זכר ☐ נקבה	מספר זהות ס"ב

מצב משפחתי

☐ רווק/ה ☐ אלמן/ה ☐ פרוד/ה ☐ נשוי/אה ☐ גרוש/ה ☐ ידוע/ה בציבור

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		_____@_____

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

שם משפחה	שם פרטי	קשר לתובע	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.

שפות דיבור

1. _____ 2. _____

כתובת מגורים:

☐ **כתובת המגורים הרשומה במשרד הפנים**

☐ **במוסד** (נא ראה סעיפים 14-12)

☐ **כתובת** אחרת . אצל מי : שם _____ קרבה _____

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

כתובת למשלוח דואר (ימולא רק אם בן משפחה/אפוטרופוס מבקש לשלוח מכתבים לכתובת שונה מהכתובת בה נמצא התובע כעת)

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

תעודת עיוור

האם ברשותך תעודת עיוור? ☐ לא ☐ כן

האם התחלת בתהליך לקבלת תעודת עיוור ? ☐ לא ☐ כן

2 מה הסיבה להגשת התביעה?

פרט את הסיבה להגשת התביעה, תאר את השינוי במצבך התפקודי (ניידות, הלבשה, רחצה, אכילה וטיפול בהפרשות) והקוגניטיבי (צורך בהשגחה למניעת סכנה בשל בעיות קוגניטיביות). פרט מהי העזרה לה אתה זקוק בבית.

_____

_____

_____

_____

_____

3 הגשת תביעה לפני אשפוז או במהלך אשפוז

❑ לפני אשפוז, תאריך האשפוז המתוכנן _____

❑ במהלך אשפוז, שם בית החולים: _____ מחלקה: _____ תאריך שחרור מתוכנן: _____

4 פרטים על בן/בת זוג

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

5 האנשים הגרים עם התובע

האם מתגוררים אנשים נוספים עם התובע? ❑ לא ❑ כן אם כן נא למלא:

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז ס"ב	יחס קרבה

6 בן/בת משפחה או אפוטרופוס – להשלמת מידע ולתיאום ביקור בית של מעריך תלות או עובד סוציאלי

על האפוטרופוס לצרף אישור על מינוי אפוטרופוס

שם משפחה	שם פרטי	הקשר לתובע

טלפון קווי	טלפון נייד

נא לציין אם מעוניין להיות נוכח בעת הביקור ❑ כן ❑ לא

7 בחירת שירותים או כסף

אם תמצא זכאי לגמלת סיעוד ברמה ראשונה, באפשרותך לבחור אחת מ- 4 אפשרויות:

❑ קצבה בסך -.1,408 ₪

❑ 5.5 יחידות בשבוע שניתן להשתמש בהן לטיפול אישי בבית, מרכז יום, משדר מצוקה, שירותי כביסה ומוצרי ספיגה (ללא כסף).

❑ 5.5 יחידות שירות בשבוע שניתן להשתמש בהן כשילוב של מגוון שירותי סיעוד וגמלת כסף.

❑ 9 יחידות שירות בשבוע שניתן להשתמש בהן למגוון שירותים **ללא קצבה בכסף וללא טיפול אישי בבית.**

לתשומת לבך, ברמות זכאות אחרות האפשרויות לבחירה אחרות.
במקרים בהם יש הפחתה בגין הכנסות גבוהות יופחתו השעות/ יחידות השירות ב 50% מערכן.

8 פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי

האם התלות בזולת כולה או מקצתה נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים? ❑ כן ❑ לא
האם התלות בזולת נגרמה כתוצאה אירוע תאונתי אחר (רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר וכד')?
❑ לא ❑ כן, נא פרט: **חובה לענות על שאלות אלו**

תאריך התאונה: _____מקום התאונה: _____

נסיבות אירוע התאונה: _____

האם נמסרה הודעה למשטרה?
❑ לא ❑ כן, לתחנת המשטרה ב: _____ מס' תיק: _____
כתובת תחנת המשטרה: _____

האם הגשת או תגיש תביעה לפיצוי נזיקין? ❑ לא ❑ כן, בתאריך: _____
מיהו הנתבע: _____ מס' התיק: _____

עורך הדין המייצג אותך בתביעה:
שם: _____ טלפון: _____טלפון נייד: _____
כתובת: _____

האם קיבלת פיצוי נזיקין בגין התאונה?
❑ טרם קיבלתי פיצוי ❑ קיבלתי פיצוי ❑ לא קיבלתי
בסך: _____ מאת: _____ בתאריך: _____

9 פרטי הכנסות בשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה שקדמו לתאריך הגשת התביעה

- סמן ✓ בטור המתאים, אם יש הכנסה מהארץ או מחו"ל **וגם אם אין** הכנסה, מהמקורות המפורטים בטבלה (פרט לקצבאות ביטוח לאומי).
- **צרף אישורים מתאימים בעבור מקורות ההכנסה שציינת** עבורך ועבור בן/בת הזוג
- **אם הנך חבר קיבוץ, נא פרט על כל הכנסה המפורטת מטה שמקורה מחוץ לקיבוץ בו הנך חבר.**

הכנסות תובע			הכנסות בן/בת זוג		
מקור	אין	יש	מקור	אין	יש
עבודה שכירה **נא לצרף 3 תלושי שכר אחרונים**	❑	❑	עבודה שכירה **נא לצרף 3 תלושי שכר אחרונים**	❑	❑
עבודה עצמאית **ראה הערה לעצמאים בעמוד 1**	❑	❑	עבודה עצמאית **ראה הערה לעצמאים בעמוד 1**	❑	❑
פנסיה מעבודה **פנסיה מחו"ל ראה הערה בעמוד 1**	❑	❑	פנסיה מעבודה **פנסיה מחו"ל ראה הערה בעמוד 1**	❑	❑
קצבה סוציאלית מחו"ל	❑	❑	קצבה סוציאלית מחו"ל	❑	❑
שכר דירה **ראה הערה בעמוד 1**	❑	❑	שכר דירה **ראה הערה בעמוד 1**	❑	❑
משרד הביטחון	❑	❑	משרד הביטחון	❑	❑
תגמולים אחרים	❑	❑	תגמולים אחרים	❑	❑
הכנסה אחרת, פרט: _____	❑	❑	**הכנסה אחרת, פרט:** _____	❑	❑

לצורך בדיקת זכאותך לקצבה, ייתכן שנפנה באופן יזום למעסיקיך, לרבות כאלו שהיו לך או שיהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב)
אם אינך מסכים ,ציין זאת : ❑ אני התובע מסרב ❑ אני בן זוג התובע מסרב (נשוי/ידוע בציבור)
לכך שתפנו לקבל את נתוני ההכנסות באופן דיגיטלי.
ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

10 הוצאות קבועות: החזקה במוסד, תשלום דמי מזונות, תשלום שכר דירה

יש לצרף אישורים לשלושה חודשים מתוך ארבעת החודשים שקדמו לחודש הגשת התביעה.

סוג ההוצאה (ציין את הסוג המתאים)	התשלום בעבור (ציין שם ויחס קירבה לתובע)	_____	_____	_____	_____	סכום הוצאה לחודש	לשימוש המוסד לביטוח לאומי
החזקה במוסד							סה"כ הוצאות ל-3 חודשים
דמי מזונות							
שכר דירה *							

* ימלא רק מי שיש לו הכנסה מהשכרת דירה אחרת.– נא צרף חוזה **שכר דירה ו/או נכס** עדכני **וחתום, בגין כל נכס (במידה ויש יותר מנכס אחד)**

הערה: לתשומת לב בעלי הכנסה מהשכרת דירה המתגוררים בדיור מוגן - נא להמציא אישור מהדיור המוגן על מרכיב הוצאות הדיור בלבד בתשלום החודשי. סכום הוצאה זו ינוכה מהכנסות שכר הדירה. הסכום שינוכה לא יעלה על שיעור שכר הדירה. הניכוי יבוצע רק לאחר המצאת האישור.

11 קבלת תשלום או שירותים בעבור טיפול אישי או עזרה בבית ממשרד הביטחון

❑ לא מקבל ❑ מקבל : ❑ תשלום כספי ❑ שירותים

12 מגורים במוסד או בבית אבות – אם התובע גר במוסד (אישור זה ימלא המוסד או בית האבות)

התובע שוהה במוסדנו – שם המוסד :	תאריך כניסה יום חודש שנה
כתובת המוסד	טלפון

המוסד פועל ברישיון: ❑ משרד העבודה והרווחה ❑ משרד הבריאות ❑ ללא רישיון

התובע נמצא במחלקה: ❑ סיעודית ❑ לתשושים ❑ לתשושי נפש ❑ לעצמאיים

❑ אחרת פרט, _____

המוסד הוא תאגיד ❑ בבעלות ציבורית (ע"ר) ❑ בבעלות פרטית.

<u>אישור המוסד/בית האבות</u>

תאריך: _____ שם מנהל המוסד: _____ חתימת מנהל המוסד ✕_____

חותמת המוסד : _____

13 השתתפות משרד הרווחה במימון השהות בבתי אבות

מיועד למי שמתגורר במחלקת תשושים או עצמאיים בבית אבות

❑ אני לא מקבל קוד מימון ממשרד הרווחה

❑ אני מקבל קוד מימון ממשרד הרווחה – נא המצא אישור על גובה ההשתתפות העצמית מהרשות המקומית.

14 מוסד בקיבוץ

מיועד למי שמתגורר במוסד בקיבוץ

התובע נמצא ב: ❑ מחלקה ברישיון משרד הבריאות ❑ מחלקה ברישיון משרד הרווחה.

❑ בית משפחתי לחברי הקיבוץ ובני משפחותיהם

מעמד התובע: ❑ חבר הקיבוץ

❑ דייר אחר, פרט אם בן משפחה של חבר הקיבוץ נא ציין

פרטיו מר/גב' _____ ויחס הקרבה _____

מתאריך: _____ חתימת המוסד בקיבוץ _____

15 פרטי חשבון בנק

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ❑ לחשבון הקיבוץ / המושב ❑ לחשבוני הפרטי

ברשותי חשבונות בנק נוספים ❑ לא ❑ כן, בנק _____סניף _____מס 'חשבון_____

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 הפרטים של מושכי התשלומים.
אני מסכים 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 _____ חתימת מקבל התשלום ✘_____

16 הצהרת התובע או מגיש התביעה

אני החתום מטה תובע גמלת סיעוד ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים. 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 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.

כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

כמו כן, אני מצהיר בזה, כי פרט להכנסות שצוינו לעיל אין לתובע או לבן/בת זוגו/ה הכנסות נוספות.

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.

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

תאריך	שם פרטי ומשפחה	✘ חתימת התובע / מקבל הגמלה / מגיש התביעה

למלא אם מגיש התביעה אינו התובע:

הקשר לתובע	טלפון קווי	טלפון נייד

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

אם קיים אפוטרופוס, יש לצרף צו מינוי אפוטרופוס.

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד

נספח א'
הנחיות לכתיבת מכתב סיכום רפואי

נא הצג לרופא

כדי לשקול אפשרות ביצוע הערכה תפקודית על סמך מידע רפואי ללא ביקור מעריך, מומלץ לצרף לתביעה מכתב סיכום רפואי מהרופא המטפל.

ניתן לצרף במכתב מידע שנמסר מגורמים מטפלים נוספים כגון: אח המרפאה, פיזיותרפיסט, עובד סוציאלי, רופאים מומחים ועוד.

במכתב סיכום רפואי רצוי שיופיעו הפרטים הבאים:

- **סיבת ההפניה לביטוח לאומי**
- **נתונים דמוגרפים:** גר לבד, עם משפחה, תנאי דיור וסביבת מגורים, עיסוק ופעילות שגרתית של הנבדק.
- **מידע רפואי עדכני:** המחלות העיקריות מהם סובל החולה, אשפוזים, ניתוחים, נפילות, אירועים המסכנים חיים, הפרעות בשמיעה או לקות ראייה.
- **הערות נוספות המתייחסות ל:**
  - **תיאור מפורט של התסמינים הקליניים העלולים להשפיע על יכולת התפקוד** של החולה בחיי היום יום (ADL) בבית. לדוגמא : תלונות על כאב, חולשה, קוצר נשימה, בצקות, רעד, מצב תזונתי. אצל חולים הסובלים מתנודות במצב תפקודי, יש לציין את המאפיינים של התנודות.
  - **תיאור מפורט של יכולת הניידות של הנבדק**: יכולת הקימה וההליכה, יציבות בהליכה, טווח תנועה, חסרים נוירולוגים, סימני מאמץ, יכולת להשלים פעולה ברצף, שימוש באביזרי עזר וכולי.
    במידה והנבדק נמצא בקבוצת **סיכון לנפילות** מומלץ לצרף תוצאות מבחן timed get up and go.
- **תוצאות בדיקות אבחון מקובלות ותוצאות כלים אבחוניים נוירו פסיכולוגים לבעלי מגבלה קוגניטיבית. (COGNITIVE SCREENING TOOLS).**
- **טיפולים מיוחדים ותרופות.**
- **מסגרות טיפוליות** כגון אשפוז יום, אשפוז בית , הוספיס בית.
- **תקופת המוגבלות** הערכה בדבר שיפור במצב הנבדק, ואם כן תוך כמה זמן.

נא למלא מספר תעודת זהות _____

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	
דפים	סוג המסמך: 8

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד

נספח ב' מיועד לבני 90+ בלבד

הערכת תפקודית של רופא מומחה בגריאטריה לבני +90

בדיקת רופא מומחה בגריאטריה היא <u>ללא עלות בעבור התובע ואין לבצעה בזמן אשפוז.</u>
הערכת תפקוד בפעולות היום יום על ידי רופא מומחה בגריאטריה אפשרית למי שמלאו לו 90 שנה ויותר

לרופא – נא הקף **בעיגול** כל סעיף, במקום המתאים על פני הרצף. על הציון לבטא צורך בעזרה שהנבדק זקוק לה בדרך כלל, הן מסיבות של מגבלה מוטורית והן מסיבות של מגבלה מנטלית.
נמק את מסקנתך לגבי התפקוד בסעיף, ציין את הסיבה הרפואית **ופרט האם התרשמת** מהדגמה, מתצפית או מדיווח.

<u>האם סובל מעיוורון מוחלט?</u> (לפחות **3/60** בשתי העיניים או שדה ראייה עד 19 מעלות, או קיימת תעודת עיוור)
❑ **לא** ❑ **כן**

<u>1. ניידות – יש להתייחס לתנועה בתוך הבית בלבד</u>

1	2	3	4	5	6	7
עצמאי בניידות בעזרת מכשיר או בלעדיו, ללא מאמץ או במאמץ קל			נייד בעזרת מכשיר או בלעדיו, אך זקוק לעזרת אדם אחר, או זקוק להכוונה בשל חוסר תובנה או עיוורון, או עצמאי בשימוש בכסא גלגלים כולל מעברים			מרותק לכסא/למיטה, תלוי לחלוטין באדם אחר

נמק את מסקנתך _____
_____
_____

<u>2. נפילות</u>

1	2	3	4	5	6	7
אינו נופל, או נופל לעיתים רחוקות, או נופל וקם ללא עזרה				נופל בתדירות נמוכה כפעם בחודש בממוצע בשלושת החודשים האחרונים ואינו קם לבדו, או נפל פעמיים בחודש האחרון ואינו קם לבדו		נופל בתדירות גבוהה לפחות אחת לשבוע ואינו קם לבדו

נמק את מסקנתך _____
_____
_____

<u>3. הלבשה</u>

1	2	3	4	5	6	7
מתלבש ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל			זקוק לסיוע או לדרבון קל בהלבשה (לכפתר, לגרוב גרביים, לבחור בגד,אביזר אורטופדי)			זקוק לעזרה בלישת מכנסיים, חולצה, פרוטזה, הכוונה צמודה בשל חוסר תובנה

<u>4. רחצה</u>

1	2	3	4	5	6	7
מתרחץ ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל			זקוק לסיוע או לדרבון קל ברחצה (כניסה למתקן הרחצה, נוכחות, חפיפת ראש, רחצת כפות רגליים)		עצמאי ברחצת פנים אך זקוק לעזרה פעילה או הכוונה צמודה ברחצת פלג גוף עליון או תחתון	זקוק לעזרה מלאה כולל רחצת פנים, או מסרב בשל חוסר תובנה

נמק את מסקנתך _____
_____

בדיקת רופא מומחה – המשך

5. <u>אכילה ושתיה</u>

1	2	3	4	5	6	7
אוכל ושותה ללא עזרה כולל חימום והגשת מנת מזון, ללא מאמץ או במאמץ קל		זקוק לסיוע בנטילת תרופות, עיוורון מוחלט, אינו מחמם או מגיש לעצמו מנת מזון		זקוק לעזרה בהאכלה (או שתייה)		תלוי לחלוטין בכל פעולות האכילה כולל שתייה או הזנה מלאכותית , או מסרב בשל חוסר תובנה

נמק את מסקנתך _____

_____

_____

1. <u>הפרשות</u>

1	2	3	4	5	6	7
עצמאי בכל הקשור לטיפול בהפרשות	זקוק לסיוע קל (ריקון בקבוק, החתלה או ליווי בלילה)		משתמש בשירותים/אביזרים אך זקוק לעזרה <u>באחת</u> מהפעולות: ניידות, הלבשת חלק תחתון, היגיינה אישית	משתמש בשירותים/ אביזרים אך זקוק לעזרה <u>בשתיים</u> מהפעולות	משתמש בשירותים/ אביזרים אך זקוק לעזרה <u>בשלוש</u> הפעולות	אינו שולט ב<u>שני</u> הסוגרים ותלוי לחלוטין בכל הפעולות (ניידות, הלבשה וטיפול בהיגיינה אישית)

נמק את מסקנתך _____

_____

_____

2. <u>השגחה</u>

1	2	3	4	5	6	7
אינו מסכן את עצמו או את סביבתו		זקוק להשגחה בביצוע רוב פעולות היום יום ויש ירידה בתובנה ובזיכרון, אך ניתן להשאירו לבד לפרקי זמן מסוימים			מסכן את עצמו או את סביבתו ואי אפשר להשאירו לבד לפרקי זמן קצרים	

נמק את מסקנתך, אם מדובר בזקן בעל ירידה קוגניטיבית, נא פרט את עיקרי הממצאים של הבדיקה הקוגניטיבית.

_____

_____

_____

פרק הזמן למגבלה - אנא סמן האם צפוי שינוי במהלך ששת החודשים הבאים:

❑ צפויה הטבה בעוד _____ חודשים ❑ צפויה יציבות ❑ צפויה החמרה

<u>הצהרה ופרטי הרופא המומחה בגריאטריה שביצע הערכה זו</u>

1. מילאתי טופס זה על סמך בדיקתי.

פרטי המוסד הרפואי :

שם המוסד הרפואי הציבורי _____ טלפון _____

בחר באחת מהאפשרויות

❑ מילאתי טופס זה על סמך **בדיקתי והערכה גריאטרית שערכתי** בתאריך_____

❑ מילאתי טופס זה לפי בדיקתי בתאריך _____ ועל סמך הערכה גריאטרית שערך ד"ר _____

בתאריך_____ (נא לצרף את הערכתו).

שם הרופא המומחה בגריאטריה _____חותמת המוסד הרפואי ציבורי או המרפאה _____

חותמת קבלה	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
	מס' זהות / דרכון סוג המסמך 7 8 דפים

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: סיעוד

1 פרטים אישיים של המבוטח

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

חבר בקופת חולים: ❑ כללית ❑ מאוחדת ❑ מכבי ❑ לאומית ❑ אחר _____

2 הצהרת המבוטח או האפוטרופוס

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, או האפוטרופוס של המבוטח, להלן הפרטים האישיים של האפוטרופוס :

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות _____

מוותר על הסודיות הרפואית שלי ו:

❑ נותן בזה את הסכמתי למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי אודותיי.

❑ נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לנותן השירותים שיספק לי את שירותי סיעוד, מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.

❑ נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לרשות ההגירה ולקבל מרשות ההגירה, מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.

❑ נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור למחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית ולקבל מהמחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, לרבות מידע על גמלת הסיעוד, לו אקבלה.

❑ נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לקופ"ח שבה אני מבוטח, את התוצאות של הערכות התלות שתערכנה בגין תביעה זו.

חתימת המבוטח או האפוטרופוס ✖ _____