

טופס בחינת זכויות לחברי הסתדרות רופאי השיניים

טופס זה מועבר אליכם ללא כל התחייבות על מנת לבחון אם ניתן לקבל עבורכם ו/או עבור בני משפחותיכם זכויות ותגמולים בגין נזקי גוף או מחלות שאירעו לכם בעבודה או שלא במסגרת העבודה. לשם כך מומלץ למלא את הטופס.

שם: _____ כתובת: _____
עיר: _____ טלפון נייד: _____ טלפון ניח: _____
דואר אלקטרוני: _____ תאריך לידה: _____
מקום עבודה עיקרי בעבר/בהווה: _____ מספר שנות עבודה: _____
תפקידים: _____ שנת פרישה: _____

האם את/ה או בני משפחתך נפגעתם פיזית או נפשית בתקופת מלחמת "חרבות ברזל"? כן/לא (הקף/י)
האם גובה המשכורת/הפנסיה אותה את/ה מקבלת/הינה מעל 9,000 ₪ ברוטו? כן / לא (הקף/י)
האם יש לך פטור ממס הכנסה על רקע רפואי? כן / לא (הקף/י)

א. נפשי (דיכאון / חרדות)	כן/לא	ט. סוכרת	כן/לא
ב. ירידה בשמיעה/צפצופים	כן/לא	י. בעיות כלי דם / דליות ברגליים	כן/לא
ג. פגיעה בריאות/קשיי נשימה	כן/לא	יא. כוויות / צלקות	כן/לא
ד. הפחתה בתחושה בכפות הידיים	כן/לא	יב. התקף לב / מחלת לב	כן/לא
ה. בעיות בצוואר	כן/לא	יג. אירוע מוחי	כן/לא
ו. בעיות בגב תחתון	כן/לא	יד. מחלת עור / נגעים בעור	כן/לא
ז. בעיות בברכיים	כן/לא	טו. תסמונת דום נשימה בשינה(נחירות)	כן/לא
ח. בעיות בכתפיים	כן/לא	טז. בעיות בעיניים	כן/לא
יז. סרטן כן/לא	פרט סוג:	האיבר שנפגע:	
יח. אירוע תאונתי בעבר	כן/לא	פרט:	
יט. מחלות ובעיות רפואיות אחרות	כן/לא	פרט:	

במקרה של אלמנה - מועד פטירת בן/בת הזוג והסיבה לפטירה: _____

האם את/ה מוכרת/ע"י המוסד לביטוח לאומי בגין תאונת עבודה ו/או מחלת מקצוע ו/או נכות כללית? _____

האם את/ה מוכרת/לפי חוק נפגעי פעולות איבה/ קצין תגמולים/ חוק לפיצוי נפגעי גזזת/ חוק נכי רדיפות הנאצים? _____

אם כן, פרטי, בגין מה ומה אחוזי הנכות שלך? _____

האם את/ה או בני משפחתך מתקשים בביצוע חלק מהפעולות הבאות? הליכה/רחצה/הלבשה/אכילה/שליטה בסוגרים(הקף/י)

האם את/ה או בני משפחתך מקבלים קצבת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי? כן/לא (הקף/י)

האם את/ה או בני משפחתך מבוטחים בביטוח סיעודי דרך קופת החולים או חברת הביטוח? כן/לא (הקף/י)

האם את/ה או בני משפחתך הפעלתם את הביטוח הסיעודי? כן/לא (הקף/י)

שאלות בנושא זכויות לקצבת ילד נכה :

האם הילד/ה סובלת/ממחלה נדירה/ליקוי רפואי קשה/בעיית התנהגות/הבנה לקויה/מחלת הסוכרת/אלרגיה למאכל/קשב

וריכוז בגינה הוא/היא זקוק/ה להשגחה מיוחדת? כן/לא (הקף/י)

האם הילד/ה מקבלת/קצבה מביטוח לאומי? כן/לא (הקף/י)

האם הוגשה תביעה ו/או היו בוועדה רפואית ונדחו? כן/לא (הקף/י)

את הטופס ניתן לצלם ולשלוח תמונה לווטסאפ שמספרו: 054-9929190 ו/או להעבירו לפקס: 077-3181412 ו/או

לכתובת דואר אלקטרוני - 123@8332.co.il ומשרד עורכי הדין יחזור אליכם/ו בהקדם.