



**המוסד לביטוח לאומי**

ניידות, סניף \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

מיקוד \_\_\_\_\_

טל \_\_\_\_\_

אל: המכון הרפואי לבטיחות בדרכים

קביעת רכב מיוחד

רח' הארבעה 14

תל – אביב, מיקוד 64739

**בקשה לרכב מיוחד**

**א. פרטי המוגבל בניידות**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	0	05		

**ב. נימוקי הבקשה**

מבקש רכב בגודל \_\_\_\_\_ סמ"ק, סוג הרכב, הדגם והאבירים שמבקש לרכוש \_\_\_\_\_

נימוקי הבקשה \_\_\_\_\_

(ניתן לצרף גם מכתב לנימוק הבקשה).

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המוגבל בניידות \_\_\_\_\_

**ג. פרטים על המוגבלות בניידות, נהיגה וזכאות (ימולא ע"י פקיד תביעות)**

אחוז המוגבלות בניידות % \_\_\_\_\_ נקבע (לאחרונה) בתאריך \_\_\_\_\_

בלשכת הבריאות ב \_\_\_\_\_

מצורף בזה פרוטוקול הועדה הרפואית האחרונה.

בעל רשיון נהיגה  חסר רשיון נהיגה

נבדק (לאחרונה) במכון \_\_\_\_\_

לפי הנתונים הנ"ל זכאי עפ"י הסכם הניידות לרכב בגודל \_\_\_\_\_ סמ"ק.

תאריך \_\_\_\_\_ שם פקיד התביעות \_\_\_\_\_ חתימת פקיד התביעות \_\_\_\_\_