



חותמת הסניף
ותאריך קבלה

תביעה לקביעת דיון מחדש בדרגת נכות עקב שינוי בהכנסות

אני הח"מ תובע בזאת להגדיל את דרגת נכותי עקב ירידה בהכנסותי כתוצאה מהפגיעה בעבודה מתאריך _____

פרטי התובע:

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב
<input type="checkbox"/> שכיר		<input type="checkbox"/> עצמאי	

כתובת מגורים:

רחוב	מספר	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
מספר טלפון	מספר טלפון נייד				

שכיר

פרטי המעסיק _____

הסיבות לירידה בהכנסות:

לא חזרתי לעבודה לאחר הפגיעה

שבתי לעבוד ולאחר מכן הפסקתי לעבוד מסיבה _____

החלפתי מקום עבודה מסיבה _____

החלפתי תפקיד מסיבה _____

צמצמתי את היקף המשרה מסיבה _____

הפסקתי לעבוד שעות נוספות

הערות נוספות _____

עצמאי

העסק בבעלותי שותפות

אני מעסיק עובדים כן לא

אינני עובד מסיבה _____

צמצמתי את פעילותי עקב הפגיעה

הערות נוספות _____

אני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שנמסרו על-ידי בתביעה זו הינם נכונים, ידוע לי כי פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, מהווים עבירה על החוק.

תאריך _____ חתימה _____

אם התביעה לא חתומה בידי התובע, נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומספר זהותו.
אם התביעה נחתמה בתביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

מסמכים שיש לצרף לתביעה:

1. אישור המעסיק על תקופת העסקה ושכר, המצורף לתביעה. לחילופין: 12 תלושי שכר של השנה האחרונה להגשת התביעה.
2. אישור על הפסקת עבודה אם אינך עובד.
3. המלצות מרופא תעסוקה.
4. הודעה על צמצום העבודה / היקף המשרה.
5. הודעת פיטורין.

פרטי המעסיק

שם המעסיק	מספר תיק ניכויים	מספר טלפון
רחוב	מספר בית	מספר פקס
	יישוב	
	מיקוד	

פרטים על העבודה והשכר ב- 12 החודשים האחרונים שקדמו למועד התביעה:

חודש ושנה	שכר ברוטו חייב בדמי ביטוח*	אחוז המשרה	מס' עבודה בחודש	מס' ימים	סיבה	העדרויות עבורם לא שולם שכר
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

* יש לציין מלוא ההכנסה החייבת בדמי ביטוח, אלמלא המקסימום.

הצהרת המעסיק:

אני מצהיר/ה בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו/ה של העובד/ת.

תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו _____

חתימת וחותמת המעסיק / המפעל _____