



המוסד לביטוח לאומי

ニידות, סניף _____

כתובת _____

מיקוד _____

טל _____

אל : המכון הרפואי לבטיחות בדרכים
קביעת רכב מיוחד
רחוב הארבעה 14
תל – אביב, מיקוד 64739

בקשה לרכב מיוחד

א. פרטי המוגבל בניידות

מספר זהות ס"ב	שם פרטי	שם משפחה

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

ב. ニימוקי הבקשה

מבקש רכב בגודל _____ סמ"ק, סוג הרכב, הדגם והאבירים שմבקש לרכוש
ニימוקי הבקשה
<input type="checkbox"/> (ניתן לצרף גם מכתב לנימוק הבקשה).

תאריך _____ חתימת המוגבל בניידות _____

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

אחו ז המוגבלות בניידות % _____ נקבע (לאחרונה) בתאריך _____ בלשכת הבריאות ב _____
<input type="checkbox"/> מצורף בזה פרוטוקול הוועדה הרפואיה האחרון.
<input type="checkbox"/> בעל רשיון נהיגה <input type="checkbox"/> חסר רשיון נהיגה
<input type="checkbox"/> נבדק (לאחרונה) במכון _____
לפי הנתונים הנ"ל זכאי ע"י הסכם הנידות לרכב בגודל _____ סמ"ק.

תאריך _____ שם פקיד תביעות _____ חתימת פקיד תביעות _____