

לכבוד

ועדת עררים סניף המוסד לביטוח לאומי

ענף ביטוח סיעוד

המוסד לביטוח לאומי

כתובת _____

ת"ד _____

מיקוד _____

תאריך _____ / _____ / _____

הנדון: ערעור על תוצאת בדיקה מחדש של זכאות לגמלת סיעוד

בעבור _____

ת.ז: _____

1. בתאריך _____ / _____ / _____ נדחתה בקשתי להעלאת אחוזי זכאות לגמלת סיעוד בשל החמרה במצבי.

2. כיום אני זכא/ת לגמלת סיעוד בהיקף של _____% על ידי המוסד לביטוח לאומי בשל הזדקקותי במידה רבה לעזרתו של אדם אחר בביצוע פעולות היום-יום.

3. בקשתי לבדיקה מחדש נבעה מהחמרה במצבי. ההחמרה כוללת _____

וזאת על פי חוות דעת רפואיות.

4. כאמור, תביעתי נדחתה ועל כך אני מבקש/ת לערער.

5. מעיון בממצאי הערכת התלות בבדיקה המחודשת מיום ה- _____ / _____ / _____ נמצא כי אני לא נדרש/ת לעזרה משמעותית נוספת ב- תפקוד תנועה בתוך הבית /ניידות-נפילות/ הלבשה/ רחצה/ אכילה/ טיפול בהפרשות/ השגחה. ממצאים אלו תמוהים שכן הוצגו בפני הבודק אישורים רפואיים המעידים אחרת.

6. כך למשל, במסמך הרפואי _____ ציין ד"ר _____

כי _____

7. בנוסף, אני סובלת מ _____

8. מקרים אלו מצביעים בבירור על קשיים ב _____

ממחישים את העובדה שאני זקוק/ה לעזרה ומציגים את דו"ח הערכת התלות ככזה שלא משקף

כלל את חומרת מצבי. כך למשל בסעיפי _____ נקבע
ניקוד _____.

9. חוות דעת רפואית מד"ר _____ רופא/ה בתחום ה _____ מעידה
על כך שאני סובלת מ _____ בשל כך הומלץ כי אני
זקוקה ל _____ על כן לא ברור מדוע בסעיף
_____ בדו"ח "פרוט ממצאי הערכת התלות לצורך קביעת זכאות לסיעוד" נמצא
כי: " _____ "

10. העתק חוות הדעת הרפואיות של הרופאים _____
מתאריך _____ מצורפות **כנספחים** למכתב זה.

11. כאמור בקשתי להגדיל את אחוזי זכאותי לגמלת סיעוד נובעת מהצורך להבטיח שלא אהיה לבדי
בעודי סובלת מקשיי תפקוד חמורים הכוללים, כאמור, קושי ב _____ וקושי
ב _____ . לא מדובר בקשיים זמניים המופיעים בשעות מוגדרות. במצב תפקודי
זה, אני זקוקה להשגחה מקסימלית. ללא סיוע מוגבר של מטפל סיעודי אשאר ללא תמיכה
כשאני מתקשה ביותר לבצע פעולות בסיסיות לבדי ובכך מועמד מצבי הבריאותי בסכנה.

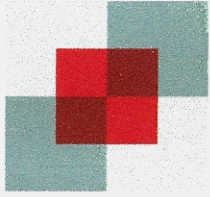
12. בנוסף, (פרט נסיבות נוספות הקשורות לבקשה) _____

13. לא למותר לציין כי מצבי הכלכלי אינו מאפשר לי לרכוש שירותים סיעודיים מעבר לזכאותי על
פי חוק.

14. נוכח האמור לעיל, הינכם מתבקשים לפעול בהקדם ולהגדיל את אחוזי זכאותי לגמלת סיעוד, כך
שאוכל לממש זכותי לבריאות וקיום בכבוד.

בכבוד רב,

*טופס זה נערך ע"י הקליניקה לסיוע משפטי לקשישים וניצולי שואה- הפקולטה למשפטים, אוניברסיטת בר-אילן.



מערך הקליניקות
Clinical Legal
Education Program

הקליניקה לסיוע משפטי לקשישים וניצולי שואה Legal Aid Clinic for the Elderly and Holocaust Survivors

הנחיות למילוי טופס ערעור לבקשת גמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי:

1. טופס זה מיועד למי שהגיש בקשה לבדיקה מחדש של אחוזי זכאותו לגמלת סיעוד ונמצא לא זכאי להעלאת מידת התלות שיוחסה לו בבדיקה ראשונה.
2. ניתן לערער על החלטת המוסד בעניין מידת התלות בפני הוועדה לעררים לעניין מצב תפקודי, בתוך שישים יום ממועד קבלת הודעה על תוצאות הבדיקה.
3. מילוי כתובת למשלוח: על המערער לשלוח את טופס הערעור לסניף הביטוח הלאומי המטפל בעניינו. ניתן לדעת מהו הסניף הרלוונטי לפי טופס תוצאות הבדיקה מחדש שנשלח לביתו בצד ימין בתחילת הדף הראשון. במידה ואינך בטוח לאן לשלוח את הטופס ניתן לברר זאת במוקד הטלפוני של המוסד לביטוח לאומי במספר *6050.

דוגמא:



4. בסעיף 3 יש לציין את פרטי החמרה במצב המבקש - זהו המקום לפרט החמרה בתפקוד הכללי, במצב הבריאותי, בתלות בזולת וכל מצב אחר שבו חלה התדרדרות ממועד בדיקת הזכאות הראשונה (לא הבדיקה מחדש).
 5. בסעיף 5 יש להקיף את התפקוד הרלוונטי שבו נטען שלא חלה החמרה.
 6. בסעיף 6 יש להיעזר במסמכים רפואיים רלוונטיים המעידים על מצבו הרפואי של המבקש ולמלא את עיקרי הדברים בהם. יש לציין את כותרת המסמך הרפואי ושם הד"ר/פרופ' החתום עליו.
 7. בסעיף 7 ניתן לציין מקרים נוספים המעידים על החמרה כגון נפילות, אשפוזים ונסיבות נוספות.
 8. בסעיף 9 יש להיעזר במסמכים רפואיים רלוונטיים כדי לציין את התחום שבו נטען שישנה החמרה והמלצת הרופא/ה בנידון. בהמשך יש למלא את התוצאה של בדיקת התפקוד כפי שמופיעה בדו"ח פירוט ממצאי הערכת תלות.
 9. בסעיף 12 ניתן להוסיף נסיבות אישיות מיוחדות כגון מצב משפחתי (ערירי, אלמנה), מידת הקשר עם המשפחה (במידה ואין תמיכת משפחה), מגורי ילדים בחו"ל, היות המבקש ניצול שואה ופירוט על כך, קשיים כלכליים.
 10. יש לצרף לבקשה עותק של המסמכים הרפואיים העדכניים עליהם מתבסס הערעור המעידים על החמרה במצב.
- בשאלות נוספות ניתן לפנות לקליניקה לסיוע משפטי לקשישים וניצולי שואה - הפקולטה למשפטים, אוניברסיטת בר-אילן.

נערך ע"י הסטודנטיות בקליניקה יעל מגל וליאורה ספטי, בליווי עו"ד ענבר מנחם הר-אדיר.



אוניברסיטת בר-אילן
Bar-Ilan University

מען למכתבים: הקליניקה לסיוע משפטי לקשישים וניצולי שואה - הפקולטה למשפטים, אוניברסיטת בר-אילן, רמת גן 52900, ישראל
Postal Address: Legal Aid Clinic for the Elderly and Holocaust Survivors - Faculty of Law, Bar-Ilan University, Ramat Gan 52900, Israel
פקס: 972+ 3 531 8896 • טל: 972+ 3 531 7812 • <http://law-clinics.biu.ac.il> • elderly.law@mail.biu.ac.il