**טופס בחינת זכויות לחברי עמותת "חיים עם סרטן הערמונית" ובני משפחותיהם**

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 נייח**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**דואר אלקטרוני**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **תאריך לידה**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**מקום עבודה עיקרי בעבר/בהווה**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **מספר שנות עבודה:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**תפקיד/ים**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **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 מקבל/ת הינה מעל 9,000 ₪ ברוטו?** כן / לא **(הקף/י)**

**האם יש לך פטור ממס הכנסה על רקע רפואי ?** כן / לא **(הקף/י)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. נפשי (דיכאון / חרדות) כן/לא 2. ירידה בשמיעה/צפצופים כן/לא 3. פגיעה בריאות/קשיי נשימה כן/לא 4. הפחתה בתחושה בכפות הידיים כן/לא 5. בעיות בצוואר כן/לא 6. בעיות בגב תחתון כן/לא 7. בעיות בברכיים כן/לא 8. בעיות בכתפיים כן/לא | 1. סוכרת כן/לא 2. בעיות כלי דם / דליות ברגליים כן/לא 3. כוויות / צלקות כן/לא 4. התקף לב / מחלת לב כן/לא 5. אירוע מוחי כן/לא 6. מחלת עור / נגעים בעור כן/לא 7. תסמונת דום נשימה בשינה(נחירות) כן/לא 8. בעיות בעיניים כן/לא |
| 1. **סרטן כן/לא** פרט סוג: | האיבר שנפגע: |
| 1. **אירוע תאונתי בעבר** כן/לא | פרט: |
| 1. **מחלות ובעיות רפואיות אחרות** כן/לא | פרט: |

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

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

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

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

**במקרה של אלמן/ה - מועד פטירת בן/בת הזוג והסיבה לפטירה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**האם את/ה מוכר/ת ע"י המוסד לביטוח לאומי בגין תאונת עבודה ו/או מחלת מקצוע ו/או נכות כללית? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**האם את/ה מוכר/ת לפי חוק נפגעי פעולות איבה/ קצין תגמולים/ חוק לפיצוי נפגעי גזזת/ חוק נכי רדיפות הנאצים? \_\_\_\_\_\_**

**אם כן, פרט/י, בגין מה ומה אחוזי הנכות שלך, בגין כל פגימה**?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**את הטופס ניתן להעביר לפקס: 077-3181412 או לכתובת דואר אלקטרוני -** [123@8332.co.il](mailto:123@8332.co.il) **או לצלם את הטופס ולשלוח תמונה לווטסאפ שמספרו: 054-9929190 ומשרד עורכי הדין יחזור אליכם/ו בהקדם.**