

עובד/ת נכבד/ת,

הנדון: בחינת זכאות לקבלת תגמולים להסתדרות עובדי האבטחה, ניקיון

וכוח אדם

הסתדרות עובדי האבטחה, ניקיון וכוח אדם של ההסתדרות הלאומית מעוניינת לסייע לעובדים לקבל תגמולים וזכויות מהמוסד לביטוח לאומי, מחברות הביטוח, מרשויות המס או מגופים אחרים שהעובדים זכאים להם, אבל אינם מקבלים אותם, מחוסר ידיעה על זכאותם ע"פ החוק או התקנות.

בשל כך, אנו מציעים לעובדים ליהנות מהאפשרות לקבל ייעוץ משפטי ממוסד עורכי דין ללא עלות ובין היתר לבדוק האם מגיעים להם תגמולים או זכויות מהמוסדות השונים. לשם כך בחרנו לקבל שרות ממוסד שמתמקצע בנושא וכתב את הספרות בתחום.

בהתאם למה שסוכם, עובד שיבקש לפתוח תיק לטיפול בעניינו, לא ישלם כל תשלום מראש ושכר הטרחה יהיה רק באחוזים מהתגמולים להם יהיה העובד זכאי. ככל שהעובד לא יזכה לתגמול כספי - לא יידרש לשלם דבר.

מדובר בהסדר ייחודי להסתדרות עובדי האבטחה, ניקיון וכוח האדם בהסתדרות הלאומית ובני משפחותיהם.

ע"מ לאפשר בדיקה ראשונית של הזכויות אשר ייתכן ומגיעות לך, מצורף בזאת טופס בריאות לעובד/ת.

את הטופס ניתן למלא ולהעביר לפקס: 08-9393128 או לכתובת דואר אלקטרוני - 123@mt-law.co.il

יובהר ויודגש כי כל המידע שימולא בטופס יישמר בסודיות מוחלטת ויועבר ישירות ובלעדית לעיונו של משרד עוה"ד לצורך טיפול בבדיקת הזכאות.

עוד יובהר כי הטיפול של משרד עורכי הדין בתביעות בתחום הרפואי אינו כנגד המעסיק, אלא כנגד המוסד לביטוח לאומי ורשויות המס במקרים המתאימים – כך שלא ייווצר קונפליקט בין העובד לבין מקום עבודתו.

בברכת בריאות ואריכות ימים,

עדי קוסטה דואק

מנהלת חטיבת נותני שירותים

טופס בריאות לחטיבת נותני השירותים בהסתדרות הלאומית

טופס בריאות זה מועבר אליכם ללא כל התחייבות על מנת לבחון אם ניתן לקבל עבורכם זכויות בגין נזקי גוף או מחלות שאירעו לכם, בעבודה או שלא במסגרת העבודה. לשם כך מומלץ למלא את הטופס.

שם: _____ כתובת: _____
עיר: _____ טלפון: _____ טלפון נייד: _____
דואר אלקטרוני: _____ תאריך לידה: _____
מקום עבודה: _____ תפקיד: _____ מספר שנות עבודה: _____

משכורת (לצורך בחינת פטור ממס הכנסה על רקע רפואי) –

האם גובה המשכורת/הפנסיה אותה אתה/מקבלת הינה מעל 9,000 ש"ח: כן / לא (הקף).

האם אתה/סובלת/סבלת מהבעיות הבאות? (להקיף בעיגול)

א. ירידה בשמיעה/צפצופים	כן/לא	ט. כוויות/צלקות	כן/לא
ב. פגיעה בריאות/קשיי נשימה	כן/לא	י. התקף לב	כן/לא
ג. כאבים בשורש כף היד	כן/לא	יא. אירוע מוחי	כן/לא
ד. בעיות בגב תחתון/צוואר	כן/לא	יב. מחלת עור	כן/לא
ה. בעיות בברכיים	כן/לא	יג. מחלת כבד	כן/לא
ו. בעיה בכתפיים	כן/לא	יד. בעיות בעיניים	כן/לא
ז. סוכרת	כן/לא	טו. נפשי (דיכאון, חרדות)	כן/לא
ח. בעיות כלי דם	כן/לא		
טז. סרטן	כן/לא	פרט סוג:	
יז. אירוע תאונתי (שבר, תאונה וכו')	כן/לא	האיבר שנפגע:	
יח. מחלות ובעיות רפואיות אחרות	כן/לא	פרט:	

במקרה של אלמנה/מועד פטירת בן/בת הזוג והסיבה לפטירה: _____

האם אתה/מוכרת/ע"י המוסד לביטוח לאומי בגין תאונת עבודה ו/או מחלת מקצוע ו/או נכות כללית?
האם אתה מוכר/ע"י קצין תגמולים/חוק לפיצוי נפגעי גזזת/חוק נפגעי פעולות איבה/חוק נכי רדיפות הנאצים?
אם כן, פרטי, בגין מה ומה אחוזי הנכות שלך, בגין כל פגימה?