



# מדינת ישראל

## בקשה להגדלת שירות

העובד/ת/תמלא את חלק א' של הטופס ו/תעביר שני עותקים של הטופס בצירוף התעודות והאישורים אל הממונה על משאבי אנוש. הממונה על משאבי אנוש ו/תמלא את חלק ב', ו/תחתום ו/תעביר עותק אחד בצירוף התעודות והאישורים אל נציבות שירות המדינה. העותק השני של הבקשה יתויק במשרד.

אני הח"מ מבקש/ת בזה מנציב שירות המדינה להפעיל את סמכותו לפי סעיף 100 של חוק שירות המדינה (גמלאות) [נוסח משולב], התש"ל-1970, ולהורות על הגדלת תקופת שירותי לצורך חישוב הקצבה אשר תשולם לי.

חלק א' - ימלא על-ידי המבקש/ת

1. המבקש/ת	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	דרגה	דירוג
	ס"ב <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			שנה   חודש   יום <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>	המקום	המקום
2. בן/ת הזוג	מעמד משפחתי <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמנה		המשרד	היחידה	מקום העבודה	
	שם בן/ת הזוג	תאריך לידה	בן/ת הזוג	<input type="checkbox"/> עובד/ת <input type="checkbox"/> לא עובד/ת	מקום העבודה	
3. ילדים בכל גיל שהוא	שם הילד/ה		תאריך לידה	האם משתכרת	שם מקום העבודה	הערות
	שנה	חודש	יום	מעמד משפחתי	האם תומכת במבקש/ת	
4. הכנסות של המבקש/ת ובן/ת הזוג	הכנסה חודשית של: המבקש/ת		מקור ההכנסה - אם אין הכנסה מן המקור המסומן - צייני "אין הכנסה" בשורה המתאימה		מקור אחר שלא מרש	
	בן/ת הזוג		ממסכרות (אחר מרישומה של המבקש/ת)	מעסיק, שותפות, מגירת, הלוחות, השקעות בנק, קצבאות אחרות	מכסיה, שילומים, פיצויים, תגמולים, קצבאות אחרות	מרכיש או שכר דירה
5. מצב בריאותו של המבקש/ת ובן/ת הזוג כולל התנאים רפואיים מיוחדות	פירוט התעודות הרפואיות המצורפות					
	שם המוסד/רופא			שם המוסד/רופא		
6. פרטים על פעילות קודמת בארץ ובחו"ל בהתאם ל-85.14 בתקש"ר	תאריך		תאריך		שם המוסד/רופא	
	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
7. הצהרת העובד/ת	ידוע לי, כי בהתאם למסקנה 85.144 לתקש"ר, הגדלת שירות מטעמי בריאות מותנית בכך, שאין העובד/ת או בן/בת הזוג שלו מקבלים תשלומים כלשהם ממקור אחר, בגין מצב בריאותם הלקוי. בגין מצב בריאות לקוי, מציב אישור הביטוח הלאומי. <input type="checkbox"/> הריני להצהיר כי אני או בן/בת הזוג שלי איננו מקבלים תשלומים כלשהם ממקור אחר, בגין מצב בריאות לקוי. מציב אישור הביטוח הלאומי.					
	תיאור הפעילות מ   שנה   חודש   יום   עך   חודש   יום					
* לגבי מילוי תפקידים בתנועה הציונית יש לצרף אישור מהוועדה לעסקנים ציוניים בחו"ל, הסוכנות היהודית בירושלים, ולגבי פעילות בארץ - אישורים מהמוסדות המוסמכים.						
בדיעת הוראות סעיף 106 לחוק שירות המדינה (גמלאות) [נוסח משולב], התש"ל-1970, אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ושלמים.						
חתימת המבקש/ת _____ תאריך _____						
חתימה _____						