



## Old-Age Pension Claim

### Insurance according to the international conventions

If you were insured under a social security system in one of the following countries: Austria, Belgium, Bulgaria, Czech Republic, Denmark, England, Finland, France, Germany, Italy, Netherlands, Norway, Poland, Romania, Russia, Slovakia, Sweden, Switzerland, Uruguay, you can submit a claim for a pension according to the convention between Israel and the relevant country. In order to submit a claim, please read the following instructions, fill in the attached claim form and send it to the Division of International Affairs.

### In order to handle your claim, please include the following with this request

- ↪ If you are a salaried worker, you are requested to attach your last pay slip, if you are self-employed, please add an income statement.
- ↪ A salaried worker who stopped working or reduced the extent of his work, should add a statement from his employer.
- ↪ A certificate of insurance periods in the relevant country.
- ↪ Evidence of your work in Israel (not including work as a volunteer).
- ↪ Evidence of rental property income (apartment lease contract) and evidence of income from interest or dividends (if applicable).
- ↪ [A life certificate](#) (420 בל) for yourself, issued in your country of permanent residence, and a life certificate for your spouse just in case you ask for a supplement for your spouse.
- ↪ In case the signatory is not the claimant himself, please fill in article 9 of the claim form and attach a power of attorney, guardianship order or court ruling - if existing.
- ↪ Before submitting a claim - please check whether additional documents are requested in the actual claim form (besides those listed above) which you need to attach.

### How to submit the claim

- ↪ Your claim can be send to the National Insurance Institute, Head Office, Division of International Affairs, at the following address: POB 90009, Jerusalem 9190901 two months before you reach the age of entitlement.
- You may also submit the claim and the appendices by fax at 972-2-6512683 or through [our web site](#). ("Appeal to International Conventions"). There is no requirement to submit original documents. However, the NII may ask you to produce any original document if a copy or fax was unclear, or for any other reason, according to the discretion of the claims officer.
- ↪ For questions and inquiries, please phone the call center at \*6050. To reach the call center from outside of Israel, please dial 972-8-9369669.
- ↪ For further information, please consult the NII website: [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### Please sign your claim before submission

Unsigned forms will be returned to the sender

This form refers to both men and women equally, unless specified otherwise.











## תביעה לקצבת אזרח ותיק




### ביטוח במדינות האמנה

מי שהיה מבוטח בביטוח סוציאלי באחת מהמדינות הבאות: אוסטריה, אורוגוואי, איטליה, אנגליה, בולגריה, בלגיה, גרמניה, דנמרק, הולנד, נורבגיה, סלובקיה, פולין, פינלנד, צרפת, צ'כיה, רומניה, רוסיה, שווייץ, שוודיה, יכול להגיש תביעה על פי האמנות לביטחון סוציאלי, שעליהן חתמה מדינת ישראל. לשם כך יש לקרוא בעיון את ההנחיות בדף זה, למלא את טופס התביעה המצורף ולהעביר אותו לתחום קשרי חוץ לאמנות בינלאומיות.

### על מנת שנוכל לטפל בתביעתך, אנא צרף לבקשה זו

- אם אתה שכיר יש לצרף תלוש שכר אחרון, עצמאי יצרף הצהרה על הכנסותיו. 
- שכיר שהפסיק או צמצם את היקף עבודתו, יצרף על כך אישור מעסיק. 
- אישור תקופות ביטוח במדינה הרלוונטית 
- הוכחות על עבודה בישראל (לא כולל עבודה בהתנדבות) 
- אישורים על הכנסה מהשכרת נכס (חוזה שכירות) ועל הכנסות מריבית או דיווידנד (אם יש). 
- אישור חיים שהונפק במדינה, בה אתה שוהה באופן קבוע. במקרה ואתה מבקש תוספת עבור בן/בת הזוג, יש גם להמציא אישור חיים עבור בן/בת הזוג. 
- אם החותם על התביעה אינו התובע עצמו, יש למלא גם את סעיף 9 בטופס התביעה ולצרף יפוי כוח, צו אפוטרופוס או פסק דין (אם ישנו). 
- לפני הגשת התביעה – בדוק האם יש מסמכים נוספים (לאלה הרשומים לעיל) שעליך לצרף, לפי ההנחיות בגוף הבקשה. 

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ניתן להגיש את התביעה ואת הנספחים חודשיים לפני הגעתך לגיל המזכה לפי הכתובת: ת.ד. 90009, ירושלים 9190901, בפקס שמספרו 972-2-6512683 או [באמצעות האתר](mailto:amtsot@bt.gov.il) ("פנייה לאמנות בינלאומיות"). אין חובה להגיש מסמכים מקוריים. עם זאת, המוסד יהיה רשאי לדרוש הצגה של מסמך מקורי, אם הצילום או הפקס שהתקבל אינו ברור, או מכל סיבה אחרת, לפי שיקול דעתו של פקיד התביעות. 
- לשאלות ולבירורים יש לפנות למוקד הטלפוני שמספרו \*6050. מספר המוקד הטלפוני למתקשרים מחוץ לישראל הוא 972-8-9369669. 
- לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il). 

### יש להגיש את טופס התביעה חתום - טופס שיוגש לא חתום יוחזר לתובע

טופס זה פונה לנשים ולגברים כאחד, למעט אם נאמר אחרת במפורש



**תביעה לקצבת אזרח ותיק**  
**Old-Age Pension Claim**

1

**Details on the claimant**

**פרטי התובע**

מספר זהות ישראלית Israeli Identity number	שם פרטי (עברית) First name (Hebrew)	שם משפחה (עברית) Family name (Hebrew)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
מספר ביטוח סוציאלי במדינת האמנה Social Security Number in country of Convention	שם פרטי (אנגלית) First name (English)	שם משפחה (אנגלית) Family name (English)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
תאריך יציאה מהארץ / Date of emigration	מין / Sex	תאריך לידה / Date of birth
<input type="text"/>	F / נ <input type="checkbox"/> M / ז <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
יום Day	חודש Month	שנה Year

נא מלא (רווקה, נשוי/אה, אלמן/ה, גרושה, פרודה, ידועה/בציבור, עגונה)

Please fill in (Single, Married, Widowed, Divorced, Separated, Common-Law Partnership, Abandoned wife)

מתאריך From	מצב משפחתי רביעי / Fourth legal status	מתאריך From	מצב משפחתי שלישי / Third legal status	מתאריך From	מצב משפחתי שני / Second legal status	מצב משפחתי ראשון / First legal status
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
						רווקה / Single

**Recent address**

**כתובת נוכחית**

כניסה Entrance	דירה Apartment	מס' בית House number	Street / POB	רחוב / תא דואר
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
מדינה Country		מיקוד Postal code	יישוב Town	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
טלפון נייד ללא קוד המדינה Mobile telephone number without international country code		טלפון קווי ללא קוד המדינה Telephone number without international country code		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
כתובת דואר אלקטרוני Email address		<input type="text"/>		

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל



I **refuse** to receive messages containing personal information through digital channels (text messages - SMS, email) instead of regular mail

**פרטי הילדים עד גיל 24 – עליך למלא סעיף זה על מנת שנוכל לבחון זכאותך לתוספת גמלה בעבור ילדיך**  
**Details of children up to age 24 – Please fill in this section so that we can check your eligibility for Child Supplement Benefit**

If you do, with whom do they live?	אם כן, עם מי מתגוררים הילדים?	Do you / אם יש לך ילדים עד גיל 24? / have children under age 24?
Only with me <input type="checkbox"/>	איתי בלבד <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> כן
With me and my partner <input type="checkbox"/>	איתי ועם בן / בת זוגי <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> לא
<input type="checkbox"/> עם בן/בת זוגי בנפרד / גרושה/ בלבד		
Only with my separated partner / former spouse		

נא מלא בטבלה הבאה את פרטי הילדים שעדיין לא מלאו להם 18 שנה.  
 ילדים שמלאו להם 18 שנה יש למלא את פרטיהם רק במקרים הבאים\*:  
 1. **אם גילו של הילד אינו עולה על 20 והוא אחד מאלה:**  
 תלמיד במוסד חינוכי על יסודי (תיכון / ישיבה תיכונית) / תלמיד במסגרת הזדמנות שנייה – השלמת בגרויות  
 תלמיד בעל לקות למידה הולמד בפרויקט היל"ה / ת.ג.ת  
 לומד באחת המסגרות שוחר/קד"ץ/טר"ץ/מכינה קדם צבאית או לומד בכל מסגרת שהוכרה ע"י המוסד לביטוח לאומי.  
 2. **אם טרם הגיע לגיל 24 והוא משתתף באחד מהמסגרות הבאות:**  
 חייל/ת בשירות סדיר / ישיבת הסדר / עתודה/ שירות לאומי / שירות בהתנדבות (עד גיל 21).  
**חשוב לדעת: האפשרות לתוספת קצבה עבור ילד גם נבחנת אם אין לילד מספר זהות ישראלי**  
**\*יש לצרף אישורים מתאימים**

Please fill in the details of children who are under the age of 18 years in the following table.

For children who are over 18, please fill in the details only in the following cases\*:

**1. If the child is younger than 20 and he is one of the following:**

Student at an educational institution after elementary school (high school / yeshiva high school) student in a second chance educational framework - completing matriculation exams.

A student with a learning disability participating in the Completing Basic and Secondary Education project (Hila project) / High School Completion Certificate (Tagat project).

Studying in a seeker course / pre-army course / pre-military preparatory or any other framework which has been recognized by the NIL.

**2. If the child has not yet reached age 24 and is a participant in one of the following frameworks:**

mandatory army service / a student in a yeshiva arrangement (Hesder Yeshiva) / studying while doing army service (Atuda) / doing national service / doing volunteer service (up to age 21)

**Important: eligibility for Child Supplement Benefit will also be checked if the child does not have an Israeli ID number**

**\* Please add corresponding certificates**

Date of birth / תאריך לידה	Name of the child / שם הילד		מספר זהות / דרכון Israeli ID number Passport number							
	שם פרטי First name	שם משפחה Family name								
<table border="1"> <tr> <td>יום</td> <td>חודש</td> <td>שנה</td> </tr> <tr> <td>Day</td> <td>Month</td> <td>Year</td> </tr> </table>	יום	חודש	שנה	Day	Month	Year				1
יום	חודש	שנה								
Day	Month	Year								
<table border="1"> <tr> <td>יום</td> <td>חודש</td> <td>שנה</td> </tr> <tr> <td>Day</td> <td>Month</td> <td>Year</td> </tr> </table>	יום	חודש	שנה	Day	Month	Year				2
יום	חודש	שנה								
Day	Month	Year								

Income declaration of the claimant

הצהרת הכנסות של התובע

נא למלא את הטבלה על כל פרטיה ולציין את סוג המטבע. אם אין לך הכנסה, נא לרשום "אין". יש למלא את כל ההכנסות שהיו לך בין גיל הפרישה לבין גיל הזכאות לקצבה [\(מחשבון לחישוב תקופה זו נמצא באתר שלנו\)](#).

Please fill in all details and specify the currency. If you have no income, indicate "none". You must fill in all your income during the period between retirement age and the age of entitlement to an Old-Age pension [\(a calculator -in Hebrew- to help you to check this period is to be found at our site\)](#).

My income (in local currency)		הכנסותיי (במטבע מקומי)	תקופה Period
מדמי שכירות, דיווידנד או ריבית from rent, dividend or interest	מפנסיה, גמלה או רנטה from pension or benefit	מעבודה from employment / occupation	
			from _____ מ to _____ עד
			year _____ שנה
			year _____ שנה
			year _____ שנה
			year _____ שנה
			from _____ מ to _____ עד

I continue working  אני ממשיך לעבוד  
 I do not continue working  אני לא ממשיך לעבוד  
 Date on which I ceased working תאריך הפסקת עבודתי האחרון

יום	חודש	שנה				
Day	Month	Year				

חשוב לצרף אישור על הפסקת עבודתך מהמעסיק האחרון (אם רלוונטי) נא לצרף אישורים המעידים על הכנסותיך (כגון: שומות מס, תלושי שכר, פנסיה, חוזה שכירות וכד') עליך למלא סעיף זה לפי ההוראות הנ"ל כדי שתביעתך תטופל בהקדם.

It is important to attach a certificate of cessation of work from your last employer (if applicable). Please attach certificates which corroborate your income (such as: income tax assessment, pay slips, pension slips, rental contract) and fill in this section according to the instructions mentioned above, so that we can deal with your claim as soon as possible.

Details on living situations in Israel and abroad

פרטים על שהות בארץ ובח"ל

יש לציין רק תקופות העולות על 5 שנים רצופות מגיל 18 או מיום העלייה  
 Please mention periods longer than 5 consecutive years from the age of 18 only, or the day of immigration

מטרת השהות Purpose of stay	שם מדינה Name of the state	עד תאריך Until	From
		יום      חודש      שנה Day    Month    Year	יום      חודש      שנה Day    Month    Year
		יום      חודש      שנה Day    Month    Year	יום      חודש      שנה Day    Month    Year
		יום      חודש      שנה Day    Month    Year	יום      חודש      שנה Day    Month    Year
		יום      חודש      שנה Day    Month    Year	יום      חודש      שנה Day    Month    Year

חשוב לדעת: האפשרות לתוספת קצבה עבור בן/בת זוג נבחנת גם אם אין לבן/בת הזוג מספר זהות ישראלי. במקרה זה, יש למלא גם [שאלון לרישום נפש](#) (בל 1050) לצרף אותו לטופס זה.

**Important: Eligibility for a Spousal Supplement is checked also if the spouse does not have an Israeli ID number. In this case, please fill in the "[Application for registration](#)" (בל 1050) and attach it to this form.**

פרטי בן/בת הזוג (לרבות ידועה/בציבור)				פרטי בן/בת הזוג (including Common-Law partners)																						
שם משפחה (עברית) Family name (Hebrew)		שם פרטי (עברית) First name (Hebrew)		מספר זהות ישראלי Israeli Identity number																						
				<div style="text-align: right;">ס"ב</div> <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																						
שם משפחה (אנגלית) Family name (English)		שם פרטי (אנגלית) First name (English)		מספר ביטוח סוציאלי במדינת האמנה Social Security Number in country of Convention																						
תאריך לידה / Date of birth		מין / Sex		תאריך יציאה מהארץ / Date of emigration																						
		<input type="checkbox"/> F / נ <input type="checkbox"/> M / ז		<table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">יום Day</td> <td style="text-align: center;">חודש Month</td> <td style="text-align: center;">שנה Year</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>													יום Day	חודש Month	שנה Year							
יום Day	חודש Month	שנה Year																								
<b>נא מלא (רווקה, נשוי/אה, אלמן/ה, גרושה, פרודה, ידועה/בציבור, עגונה)</b>																										
<b>Please fill in (Single, Married, Widowed, Divorced, Separated, Common-Law Partner, Abandoned wife)</b>																										
מצב משפחתי ראשון / First legal status		מצב משפחתי שני / Second legal status		מצב משפחתי שלישי / Third legal status		מצב משפחתי רביעי / Fourth legal status																				
רווקה / Single																										
<b>Recent address</b>																										
<b>כתובת נוכחית</b>																										
רחוב / תא דואר		מס' בית / Street / POB		דירה / Apartment		כניסה / Entrance																				
יישוב / Town		מיקוד / Postal Code		מדינה / Country																						
טלפון קווי ללא קוד המדינה Telephone number without international country code		טלפון נייד ללא קוד המדינה Mobile telephone number without international country code		נא למלא כתובת דוא"ל שונה מזו של התובע (Should be different from the claimant's email address)																						
אני <b>מסרב</b> לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל <input type="checkbox"/>																										
I <b>refuse</b> to receive messages containing personal information through digital channels (text messages - SMS, email) instead of regular mail																										

**Income declaration of the spouse**

**הצהרת הכנסות של בן/בת הזוג**

נא למלא את הטבלה על כל פרטיה ולציין את סוג המטבע. אם אין לך הכנסה, נא לרשום "אין".  
 Please fill in all details and specify the currency. If you have no income, write "none".

Income of spouse (in local currency)			הכנסות בן/בת זוגי (במטבע מקומי)	
מדמי שכירות, דיווידנד או ריבית from rent, dividend or interest	מפנסיה, גמלה או רנטה from pension or benefit	מעבודה from employment occupation	תקופה	Period
			from _____ מ	עד _____ עד
			year _____ שנה	year _____ שנה
			year _____ שנה	year _____ שנה
			year _____ שנה	year _____ שנה
			from _____ מ	to _____ עד

Continues working  ממשיך לעבוד

Does not continue working  לא ממשיך לעבוד

Date on which the spouse ceased working תאריך הפסקת עבודה האחרונה של בן הזוג

יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה	יום
Day	Month	Year	Day	Month	Year	Day	Month	Year	Day

חשוב לצרף אישור על הפסקת העבודה מהמעסיק האחרון (אם רלוונטי)  
 נא לצרף אישורים המעידים על ההכנסות (כגון: שומות מס, תלושי שכר, פנסיה, חוזה שכירות וכד')  
 עליך למלא סעיף זה לפי ההוראות הנ"ל כדי שתביעתך תטופל בהקדם.

It is important to attach a certificate of cessation of work from the last employer (if applicable)  
 Please attach certificates which corroborate income (such as: income tax assessment, pay slips, pension slips, rental contract)  
 Please fill in this section according to the instructions mentioned above, so that we can deal with your claim as soon as possible.



**Bank Details**

**פרטי חשבון בנק**

אם ברצונך שהקצבה תשולם לך בחו"ל (לא בישראל), נא להמציא אישור רשמי של הבנק שלך ובו הפרטים הבאים: שם הבנק וכתובתו, שם בעלי החשבון ומספר זה"ב (IBAN) / קוד ה-BIC / קוד ה-SWIFT.

If you would like to receive the payment of your pension outside of Israel, you should attach an official bank account declaration to this form. This declaration should contain the name and address of your bank, the name(s) of the account holder(s) and the IBAN or BIC code / Swift code No..

**אני מבקש שהקצבה שלי תשולם לחשבון הבא:**

**I request that my pension will be paid into the following account:**

סוג קרבה לתובע Relationship with claimant		Names of bank account holders		שמות בעלי החשבון
מספר חשבון Bank Account Number	מס' סניף Branch number	שם הסניף וכתובתו / Branch name and address		שם הבנק Name of the bank
			מספר / IBAN	
			מספר BIC / Swift Code No.	

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושגי התשלומים.

אני/ו מסכים/ים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

I agree that the aforementioned bank if requested to do so, will return payments from my account to the NII in cases where payments were deposited entirely or partly by mistake, or not in accordance with the law, and that the bank will notify the NII of the details of the drawers.

I / We agree that the NII will contact the aforementioned bank, using computerized communication, to verify my ownership of the bank account as I declared above and that the aforementioned bank and / or whoever works on its behalf, shall give the NII the information it needs to verify the bank account details I have given above. **Alternatively, I am aware that the NII may require additional documents and certificates to verify the details of the bank account I provided above and that I will have to supply these on demand.**

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.  
 ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

כמו כן אני מתחייב להודיע על כל יציאה למדינה שלישית לתקופה העולה על שלושה חודשים.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע ✕ \_\_\_\_\_

I, the undersigned, hereby declare that all details I have given in the claim and the appendices are accurate and complete.

I am aware that providing incorrect details or withholding of data is a violation of the law and that a person who fraudulently or knowingly causes the payment of a pension or the increase of a pension by withholding relevant data, will be liable to a fine or imprisonment.

**I am aware that any change in any information I have given in this claim or its appendixes, influences my eligibility for a benefit or creation of debt, and therefore I undertake to notify about any change within 30 days.**

**I also undertake to notify about all travel to a third country for a period exceeding three months.**

**I know that in any case of discrepancy between the original Hebrew text of this form and the English translation provided, the Hebrew version will prevail.**

Date \_\_\_\_\_

Signature of signatory ✕ \_\_\_\_\_

Details of the signee who is not the claimant

פרטי החותם על התביעה שאינו התובע

מספר זהות ישראליית Israeli Identity number		שם פרטי (עברית) First name (Hebrew)		שם משפחה (עברית) Family name (Hebrew)	
ס"ב 					
מספר ביטוח סוציאלי במדינת האמנה Social Security Number in country of Convention		שם פרטי (אנגלית) First name (English)		שם משפחה (אנגלית) Family name (English)	
כניסה Entrance	דירה Apartment	מס' בית House number	רחוב / תא דואר Street / POB		
מדינה Country		מיקוד Postal code	יישוב Town		
כתובת דואר @ Email address		טלפון נייד ללא קוד המדינה Mobile telephone number without international country code	טלפון קווי ללא קוד המדינה Telephone number without international country code		
<p>אני <b>מסרב</b> לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>I <b>refuse</b> to receive messages containing personal information through digital channels (text messages - SMS, email) instead of regular mail</p>					
		<p>* יחסי קרבה *</p> <p>** הסיבה שבגינה הגיש תביעה **</p> <p>☞ * אם את/ה אפוטרופוס – יש לצרף צו מבית משפט</p> <p>** אם אינך אפוטרופוס עלייך להמציא אישור רפואי על מצבו של התובע</p> <p>* Family relationship *</p> <p>** Reason why the claim was filed **</p> <p>☞ * If you are the legal guardian - please attach the court order</p> <p>** If you are not the legal guardian, you must provide a medical certificate testifying to the claimant's condition</p>			