



המוסד לביטוח לאומי

קשרי חוץ לאמנות
בינלאומיות

National Insurance
Institute

The Division of
International Affairs

<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="21">מס' זהות / דרכון</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="2">סוג המסמך</td><td colspan="2">דפים</td></tr></table>																						מס' זהות / דרכון																																										סוג המסמך		דפים		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
מס' זהות / דרכון																																																																					
סוג המסמך		דפים																																																																			

Application form for general disability pension

(to be submitted to the National Insurance Institute in Israel)

תביעה לקצבת נכות כללית

(מוגשת למוסד לביטוח לאומי בישראל)

עמוד 1 מתוך 5

Details on the claimant

פרטי התובע

שם האב Father's first name	שמות קודמים Former names	שם פרטי First name	שם משפחה Family name
Place of birth ארץ לידה	Date of birth תאריך לידה / יום / חודש / שנה Day Month Year	Israeli ID number מספר זהות ס"ב	
Family status מצב משפחתי	Sex מין male זכר female נקבה	Immigration date to Israel תאריך עליה / יום / חודש / שנה Day Month Year	
Emigration date תאריך עזיבה / יום / חודש / שנה Day Month Year	Residential address in Israel כתובת מגורים בישראל		
Cellphone number מספר טלפון נייד אני מאשר קבלת הודעות SMS <input type="checkbox"/> I authorize SMS messages	Mail address כתובת דואר אלקטרוני _____ @ _____ אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט <input type="checkbox"/> I authorize receiving letters through the internet		
תעסוקה/מקצוע אחרונים last practiced profession/occupation	כתובת מגורים אחרונה לפני עלייתך לארץ Last address prior to immigration to Israel		
Citizenship	אזרחות		

1

Details on the spouse

פרטי בן/בת הזוג

2

Date of birth תאריך לידה / שנה / חודש / יום Day Month Year	Name of spouse שם בן/בת הזוג
Occupation תעסוקה	Israeli ID number מספר זהות ס"ב
Cellphone number without international country code תלפון נייד ללא קוד המדינה _____ אני מאשר קבלת הודעות SMS <input type="checkbox"/> I authorize SMS messages	Telephone number without international country code תלפון קווי ללא קוד המדינה _____

Mail address _____ כתובת דואר אלקטרוני _____@_____

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, e-mail) instead of regular mail

Details of children younger than 18 years

פרטי הילדים עד גיל 18

3

Date of birth תאריך לידה / שנה / חודש / יום Day Month Year	Israeli ID-Number מספר זהות ס"ב _____	Name of child שם הילד
Date of birth תאריך לידה / שנה / חודש / יום Day Month Year	Israeli ID-Number מספר זהות ס"ב _____	Name of child שם הילד
Date of birth תאריך לידה / שנה / חודש / יום Day Month Year	Israeli ID-Number מספר זהות ס"ב _____	Name of child שם הילד

פרטים על ההכנסות של התובע ושל בן/בת הזוג

Data concerning the income of the claimant and that of the spouse

Spouse	בן/בת זוג	Claimant	התובע																																																																	
—		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td> </tr> <tr> <td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td><td>חודש</td> </tr> <tr> <td>Day</td><td>Month</td><td>Year</td><td>Day</td><td>Month</td><td>Year</td><td>Day</td><td>Month</td> </tr> </table>										/	/	/	/	/	/	/	/	יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה	יום	חודש	Day	Month	Year	Day	Month	Year	Day	Month	תאריך הגשת התביעה Date of submitting the claim																																
/	/	/	/	/	/	/	/																																																													
יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה	יום	חודש																																																													
Day	Month	Year	Day	Month	Year	Day	Month																																																													
<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no, From <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td> </tr> <tr> <td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td><td>חודש</td> </tr> <tr> <td>Day</td><td>Month</td><td>Year</td><td>Day</td><td>Month</td><td>Year</td><td>Day</td><td>Month</td> </tr> </table>										/	/	/	/	/	/	/	/	יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה	יום	חודש	Day	Month	Year	Day	Month	Year	Day	Month	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, מתאריך <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td> </tr> <tr> <td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td><td>חודש</td> </tr> <tr> <td>Day</td><td>Month</td><td>Year</td><td>Day</td><td>Month</td><td>Year</td><td>Day</td><td>Month</td> </tr> </table>										/	/	/	/	/	/	/	/	יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה	יום	חודש	Day	Month	Year	Day	Month	Year	Day	Month	ציין האם אתה עובד (בעת מילוי הטופס) ואם כן, ממתי Please mention if you are working (at the time of filling in this form) and if so, from when
/	/	/	/	/	/	/	/																																																													
יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה	יום	חודש																																																													
Day	Month	Year	Day	Month	Year	Day	Month																																																													
/	/	/	/	/	/	/	/																																																													
יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה	יום	חודש																																																													
Day	Month	Year	Day	Month	Year	Day	Month																																																													
				אם כן, נא לציין את ההכנסה החודשית מעבודתך (במטבע מקומי) If yes, please mention your monthly income from work (in local currency)																																																																
<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no, From <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td> </tr> <tr> <td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td><td>חודש</td> </tr> <tr> <td>Day</td><td>Month</td><td>Year</td><td>Day</td><td>Month</td><td>Year</td><td>Day</td><td>Month</td> </tr> </table>										/	/	/	/	/	/	/	/	יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה	יום	חודש	Day	Month	Year	Day	Month	Year	Day	Month	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, מתאריך <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td> </tr> <tr> <td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td><td>חודש</td> </tr> <tr> <td>Day</td><td>Month</td><td>Year</td><td>Day</td><td>Month</td><td>Year</td><td>Day</td><td>Month</td> </tr> </table>										/	/	/	/	/	/	/	/	יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה	יום	חודש	Day	Month	Year	Day	Month	Year	Day	Month	האם היקף עבודתך צומצם? אם כן, ציין ממתי Have your work hours been reduced? If yes, please indicate from when
/	/	/	/	/	/	/	/																																																													
יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה	יום	חודש																																																													
Day	Month	Year	Day	Month	Year	Day	Month																																																													
/	/	/	/	/	/	/	/																																																													
יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה	יום	חודש																																																													
Day	Month	Year	Day	Month	Year	Day	Month																																																													
				אם משולמת לך קצבה, ציין ממתי If you receive a pension, please indicate from when																																																																
				הכנסה חודשית מקצבאות (במטבע מקומי) Monthly income from pensions (in local currency)																																																																
				אם קיימות הכנסות נוספות, נא לציין (במטבע מקומי) Please state all additional income (in local currency)																																																																

Data concerning insurance periods in Israel and abroad פרטים על תקופת ביטוח בארץ ובחו"ל

ציין את המדינה בה עבדת Please indicate in which country you worked	נא לציין: • לגבי שכיר: שם המעביד וכתובתו • לגבי עצמאי: שם העסק וכתובתו • הכנסות אחרות: ציין סוג ההכנסות Please indicate: • salaried worker: name and address of employer • self-employed worker: name and address of business; • other income: specify kind of income	תעסוקה: ציין - "שכיר", "עצמאי", "מחוסר עבודה" וכדומה Occupation (s): please indicate "salaried worker", "self-employed worker", "unemployed" etc.	תקופה Time / Period	
			עד תאריך To	מתאריך From

Information about the claimant's education and his professional training in Israel and abroad מידע על ההשכלה של התובע והכשרתו המקצועית בארץ ובחו"ל

מספר שנות לימוד, ושם המוסד החינוכי האחרון Number of study years and name of the **last** educational institution

האם עברת הכשרה מקצועית? כן לא, אם כן, מה תחום ההכשרה? yes no, אם כן, מה תחום ההכשרה? _____

Information regarding the disability (please include relevant medical documents) פרטים על הנכות (נא לצרף מסמכים רפואיים מתאימים)

תאריך החמרת המצב הרפואי Date of deterioration of medical condition	תאריך תחילת הנכות Date of the onset of the disability	הגורם הרפואי לנכותך Medical cause of your disability																																																																
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>יום /</td><td>חודש /</td><td>שנה /</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Day</td><td>Month</td><td>Year</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																	יום /	חודש /	שנה /						Day	Month	Year						<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>יום /</td><td>חודש /</td><td>שנה /</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Day</td><td>Month</td><td>Year</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																	יום /	חודש /	שנה /						Day	Month	Year						
יום /	חודש /	שנה /																																																																
Day	Month	Year																																																																
יום /	חודש /	שנה /																																																																
Day	Month	Year																																																																

Bank account details

פרטי חשבון הבנק

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעביר לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:
 Please transfer the monthly payments of this NII pension to the my account, according to the details specified below:

Names of the account holder			שמות בעל החשבון		
מס' חשבון Account number	מס' סניף Branch number	שם סניף/כתובתו Branch name and address	שם הבנק Name of bank		
IBAN / BIC / Swift Code			מספר זה"ב / BIC / קוד הסוויפט		

Declaration **הצהרה**

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 מושכי התשלומים.

אני/ו מסכים/ים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, 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.

תאריך _____ שם התובע _____ חתימת התובע * _____

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.**

In any case of discrepancy between the original Hebrew text of this form and the English translation provided, the Hebrew version will prevail.

Date _____ Name of signatory _____ * Signature of signatory _____