



## בקשה לוועדת חריגים או לסיוע לפני משורת הדין

**לתשומת לבך:** טרם הגשת בקשה לסיוע מאת ועדת חריגים או הועדה לסיוע לפני משורת הדין, אתה נדרש לבדוק את הזכאות לבקשה הנדונה בסניף המוסד הקרוב למקום מגוריך.

### חובה לצרף לטופס זה

- במידת הצורך, יש לצרף מסמכים רפואיים התומכים בבקשתך.
- טופס הצהרה בדבר הכנסות ( סעיף 5 בטופס זה), לרבות את כל המסמכים הנדרשים.
- טופס נלווה לבקשה.

### כיצד יש להגיש את הבקשה

- הטופס ימולא ע"י הפונה בסיוע פקיד שיקום או פקיד תביעות איבה ויהיה חתום ע"י הפונה.
- יש למלא את הבקשה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש.
- את הבקשה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
  - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
  - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות וביירוטים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על הבקשה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                 מס' זהות / דרכון                  _____             </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                 לשימוש פנימי בלבד (סריקה)             </div> </div>	
סוג המסמך _____	דפים _____

### חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות



## בקשה לוועדת חריגים או לסיוע לפנים משורת הדין

### 1 פרטי המבקש

1

שם משפחה _____	שם פרטי _____	תאריך לידה _____	קרבה לנספה _____	מספר זהות ס"ב _____
מועד תחילת הזכאות _____		מצב משפחתי: <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> גרוש/ה <input type="checkbox"/> ידוע/ה בציבור		
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות</b>				
רחוב / תא דואר _____	מס' בית _____	כניסה _____	דירה _____	יישוב _____
מיקוד _____	טלפון קווי _____			
דואר אלקטרוני: _____ @ _____		טלפון נייד _____		
<b>אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:</b>				
שם משפחה איש קשר _____	שם פרטי איש קשר _____	מס' זהות איש קשר ס"ב _____		
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.				
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>				
רחוב / תא דואר _____	מס' בית _____	כניסה _____	דירה _____	יישוב _____
מיקוד _____	טלפון קווי _____			

### 2 פרטי החלל

2

שם משפחה _____	שם פרטי _____	מספר זהות ס"ב _____
תאריך האירוע _____		תאריך הפטירה _____

3

פרטי ילדים עד גיל 21

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות
		שנה חודש יום	ס"ב
		שנה חודש יום	ס"ב
		שנה חודש יום	ס"ב
		שנה חודש יום	ס"ב

4

הצהרה בדבר סיוע ממקור אחר

האם פנית בעבר בבקשה דומה לגופים נוספים? נא פרט:

משרד האוצר בגין מלחמה או רדיפות הנאצים - לקבלת קצבת נכות	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	סוג הקצבה _____
מת"ש - לקבלת קצבה מצה"ל, שב"ס או המשטרה	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	סוג הקצבה _____
קצבה חודשית מחברת ביטוח (למעט ביטוח סיעודי)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	סוג הקצבה _____
כלל מוסד אחר, פרט _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	סוג הקצבה _____

5

פרטים על הכנסות המבקש ובן/בת הזוג. (יש לצרף מסמכים ואישורים משלושת החודשים האחרונים).

על מנת שנוכל לבדוק בקשתך לסיוע, יש לצרף תדפיסי חשבונות עו"ש רבעוניים ואישור מהבנק על פיקדונות וחסכונות שלך ושל בן / בת הזוג.

מקור הכנסה	סכום הכנסה חודשי בש"ח	הכנסות המבקש	הכנסות בן/בת זוג המבקש
1. הכנסה משכר ואו מעסק (לצרף תלושי שכר ושומה)			
2. פנסיה מהארץ או מחו"ל			
3. פיצויים/תשלומים מחברת הביטוח			
4. רנטה מחו"ל			
5. גמלה מהאוצר			
6. גמלה ממשרד הביטחון			
7. גמלה משירות קבע בצה"ל			
8. קיצבה מגורם אחר פרט: _____			
9. מזונות			
10. הכנסה מריבית או ניירות ערך או תשלום מחסכון וקופת גמל			
11. הכנסה משכר דירה, מבנה, מגרש, משק			
12. הכנסה מרכב מושכר (כולל מונית)			
13. הכנסה המופקדת מחוץ לישראל או הכנסה מכסם או הסדר אחר פרט: _____			
14. הכנסה מכל מקור אחר. פרט: _____			

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר. אם אתה מתנגד לכך, עליך לסמן את ההצהרה הבאה:

אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

**במידה ואתה מסרב שנפנה למעסיקיך לקבלת נתוני הכנסותיך, עליך להמציא 6 תלושי שכר ופנסיה מוקדמת לתקופה של שישה חודשים שקדמו להגשת התביעה.**

**הוצאות מיוחדות**

**6**

הוצאות מיוחדות כגון דמי מזונות, ילד בפנימייה למי שאינו מקבל החזר מהמשרד, הוצאות רפואיות מיוחדות שאין עליהן סיוע וכו'. נא לצרף אישורים מתאימים.

---



---

**תנאי דיור**

**7**

מתגורר בדירה בת \_\_\_\_\_ חדרים, קומה \_\_\_\_\_ . מעלית  יש  אין בבעלות \_\_\_\_\_ בעל הדירה מתגורר בשכירות \_\_\_\_\_ .

דיור בשכירות:  חברה ציבורית מאכלסת  דירת נ"ר  דירת המשרד  שכירות עצמית פרטית עלות חודשית לשכירות בסך \_\_\_\_\_ ₪ לחודש.

ניתנת השתתפות משרדנו בשכ"ד בסך \_\_\_\_\_ ₪ לחודש, תקופת השכירות הנוכחית מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ .

ניתנת השתתפות ממשרד השיכון/אחר בסך \_\_\_\_\_ ₪ מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_ נכסים אחרים שבבעלות (דירות, מגרשים וכו') \_\_\_\_\_

**פירוט הסיוע שניתן לפונה בעבר למטרות שונות**

**8**

בסעיפים הבאים פרט מה סך הסיוע שניתן למטרות השונות: תאריך הסיוע, מטרת הסיוע וסכום הסיוע. סיוע שאושר בסמכות חריגה: וועדה מייעצת, ועדת למ"ד או אחר. יש לציין זאת בהדגשה לצד הסיוע. במידה ולא מומש הסיוע – יש לציין זאת.

הערות	סמכות האישור	מטרת הסיוע	סכום הסיוע	תאריך הסיוע	
<input type="checkbox"/> דירה בשכירות ציבורית/נ"ר <input type="checkbox"/> רכישה <input type="checkbox"/> החלפת דירה <input type="checkbox"/> משכנתא <input type="checkbox"/> שיפוצים <input type="checkbox"/> אחר _____					דיור
					שכר דירה
					שיקום כלכלי
					סיוע אחרון לרכב לשימוש אישי או רפואי
					כיסוי חובות
					סיוע לשיקום לזכאי - לימודים
					סיוע אחר

ניכוי הלוואות – לציין את כל ההלוואות הקיימות

סה"כ	הלוואה מבנק אחר	הלוואה מבנק אחר	הלוואה מבנק אחר	הלוואה מבנק אחר	
					סכום הלוואה מקורי
					ריבית והצמדה
					מטרת הלוואה
					מועד לקיחת הלוואה
					מועד סיום הלוואה
					החזר חודשי
					יתרת הלוואה
סך הכנסות חודשיות של המשפחה (נטו) ₪ _____					

פרטי חשבון הבנק של המבקש

כל תשלום שגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אני השותף לחשבון הבנק של: שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימים על טופס עדכון החשבון.

אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.

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 פרטי מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/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 היא עלי להמציאם לפי דרישה.

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
 חתימת/חתימות השותפים לחשבון      חתימת מקבל התשלום      תאריך

## הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. צירוף המסמכים המבוקשים מהווים תנאי לטיפול בבקשתי זו.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. הובא לידיעתי כי במידה ואגף שיקום נכים ימצא לנכון להשלים נתונים באמצעות פניה למאגרי מידע (מס הכנסה וביטוח לאומי), אזי אתבקש לתת בעתיד ובנפרד את הסכמתי לכך. הובהר לי כי אי הסכמה לכך עלולה להשפיע על ההחלטה בבקשה זו.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

חתימת התובע x \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

## טופס נלווה לבקשה

בקשה לסייע מאת ועדת חריגים או ועדה לפנינים משורת הדין

לכבוד

פקיד תביעות נפגעי איבה  
המוסד לביטוח לאומי  
סניף \_\_\_\_\_

אני מבקש לקבל סיוע מאת וועדת חריגים או הוועדה לפנינים משורת הדין, מהסיבות הבאות:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---


---

---

---

---

שם מלא \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה  \_\_\_\_\_