



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
תחום ילדים

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

עמוד 1 מתוך 5

מס' זהות / דרכון									
סוג		דפים		המסמך					

תביעה לקצבת ילדים לבעל שליטה או בעל מניות המועסק בחו"ל

לידיעתך:

חוק הביטוח הלאומי מאפשר לשלם קצבה עבור ילד השוהה בחו"ל על פי קריטריונים שנקבעו. על מנת שנוכל לבדוק את זכאותך לקצבת הילדים בתקופת שהותך בחו"ל, עליך להוכיח כי אכן מתקיימים יחסי עובד ומעביד בינך ובין החברה בה אתה בעל שליטה בה ו/או בעל מניות. יודגש, כי גם אם אינך מחזיק בחברה או במניות, אולם אתה קרוב משפחה של בעל השליטה או אתה בעל השליטה בעקיפין – עליך לעמוד בתנאי שצוין לעיל. על מנת שנוכל לבדוק את זכאותך אתה מתבקש למלא את השאלון ולצרף אישורים מתאימים.

1

1. פרטי האב/ המבקש

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
מצב משפחתי	תאריך לידה	תאריך עלייה
<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> פרוד <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> ידוע בציבור	שנה חודש יום	שנה חודש יום

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב
------------------	-----------------	-------------------------

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

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומים למעלה)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
--------------	---------	-------	------	-------	-------

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

פרטי מקבל הקצבה

2

מקבלת הקצבה הינה: האם

אפוטרופוס/ממונה - יש לצרף אישור מתאים - (מינוי מקבל הקצבה מותנה באישור פקיד השיקום של המוסד לביטוח לאומי)

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
מצב משפחתי	תאריך לידה	תאריך עלייה
<input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> נשואה	שנה חודש יום	שנה חודש יום
<input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה בציבור		

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	רחוב / תא דואר
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב

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

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	רחוב / תא דואר

פרטי חשבון הבנק

3

חשבון הבנק צריך להיות על שם מקבל הקצבה או חשבון בו שותף מקבל הקצבה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: לחשבון הקיבוץ / המושב לחשבוני הפרטי

פרטי הילדים שטרם מלאו להם 18 שנה ואינם מקבלים קצבת ילדים

1	מספר זהות ס"ב	שם משפחה	שם פרטי	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	קרבה למבוטח
2	מספר זהות ס"ב	שם משפחה	שם פרטי	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	קרבה למבוטח
3	מספר זהות ס"ב	שם משפחה	שם פרטי	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	קרבה למבוטח

הערות:

הצהרה

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 בידועין 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.

כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל יציאה מהארץ של הילד/ים לתקופה העולה על 3 חודשים.

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

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.

תאריך _____ חתימת התובע * _____

