



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג		דפים		המסמך		מיקוד		יישוב	

השלמת מידע לתשלום תוספת בגין בן
או בת זוג או ילדין של המבקש

פרטי המבקש		שם פרטי	שם משפחה
מספר זהות		שם פרטי של בן/בת הזוג	

פרטי בן/בת זוג והילדים		שם פרטי של בן/בת הזוג		שם משפחה של בן/בת הזוג	
מספר זהות של בן/בת זוג		מספר זהות של בן/בת הזוג		מספר זהות של בן/בת הזוג	
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב
מגורים: <input type="checkbox"/> עם המבקש <input type="checkbox"/> אחר, פרט:					
האם אתה משלם מזונות לפי פסק דין שלא באמצעות ביטוח לאומי? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא					
ילדים (למוסד לביטוח לאומי מידע על ילדיך הרשומים במשרד הפנים, ולכן איננו מבקשים פרטים עליהם)					
האם יש לך ילדים עד גיל 24?			האם אתה מתגורר עם הילדים?		
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא			<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		
אם ילד הלומד ב: מסגרת השלמת בחינות בגרות / חינוך מיוחד בכיתה גבוהה / מסלול עתודה המוכר ע"י הצבא, או שהוא שוחר במסגרת קדם צבאית (קד"צ) / שוחר במסגרת טרום צבאית (טר"צ) / חייל בשירות סדיר / נמצא בשירות לאומי / שירותו הצבאי נדחה עקב שירות בהתנדבות למטרה ציבורית/לאומית נא להצרף אישור המעיד על כך.					

פרטים על עבודה של בן/בת הזוג ב-12 החודשים האחרונים (נא למלא את הפרטים ולצרף אישורי שכר מתאימים)
<input type="checkbox"/> לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: _____
<input type="checkbox"/> עבדתי והפסקתי לעבוד, פרט את הסיבה: _____
<input type="checkbox"/> אני ממשיך לעבוד, פרט מקום העבודה: _____

4

פרטים על ילדים חורגים ועל נכדים (עד גיל 24), שכל פרנסתם על המבקש

מספר זהות	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	יחס קרבה
				<input type="checkbox"/> חורג <input type="checkbox"/> נכד
				<input type="checkbox"/> חורג <input type="checkbox"/> נכד

5

הצהרה על הכנסות ב - 12 החודשים האחרונים (נא למלא פרטים ולצרף אישורים)

בן/בת הזוג	המבקש	
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	דמי מזונות המשולמים לא על ידי ביטוח לאומי
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	פנסיה בישראל (לא כולל מביטוח לאומי)
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	תמיכה לתלמידי ישיבות או כוללים
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	פנסיה או רנטה מחו"ל
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	תגמול ממשרד הביטחון (לנכים, אלמנות, הורים שכולים)
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	תגמול מהאוצר לנכי מלחמה או רדיפות הנאצים
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	תשלומים מחברת ביטוח
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	פיצוי עקב נכות
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	אם יש, ציין את הגורם המשלם
_____	_____	תשלומים שטרם שולמו (פנסיה, ביטוח)
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	הכנסה הונית: הכנסה מריבית, דייוונד, תכנית חיסכון
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	הכנסה מרכוש: הכנסה מהשכרת נכס
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	הכנסה ממקור אחר: ציין את מקור ההכנסה וצרף אישור

6

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בבקשה 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

תאריך _____ חתימת המבקש או מקבל הגמלה או מגיש התביעה ✕ _____