










## תביעה לתגמול על פי חוק התגמולים ילד שנתייתם עקב מעשה אלימות במשפחה

### חובה לצרף לטופס זה

אישור מהלשכה לשירותים חברתיים על מינוי המבקש לקבל הגמלה עבור הילדים. 

### כיצד יש להגיש את התביעה

- עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה. 
- הזכאות מותנית בכך שפרקליט המדינה או מי שמונה על ידו לשם כך, קבע כי קיים יסוד סביר להניח כי מדובר ברצח עקב אלימות במשפחה. 
- לידיעתך – קבלת התגמול על פי חוק התגמולים אינה מונעת קבלת קצבת שאירים או קצבת נכות. 
- את התביעה 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 וברורים 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 טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
אלימות במשפחה

חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

מספר זהות / דרכון

סוג המסמך

דפים

תביעה לתגמול על פי חוק  
התגמולים - ילד שנתייתם עקב  
מעשה אלימות במשפחה

פרטי ההורה הנפטר

1

| שם משפחה  |         | שם פרטי     |      | מספר זהות<br>ס"ב |       |
|---|---------|-------------|------|------------------|-------|
| מין   |         | תאריך פטירה |      | שנה חודש יום     |       |
| <input type="checkbox"/> זכר<br><input type="checkbox"/> נקבה |         |             |      |                  |       |
| כתובת   |         |             |      |                  |       |
| רחוב  | מס' בית | כניסה       | דירה | יישוב            | מיקוד |
|   |         |             |      |                  |       |

פרטי החשוד בביצוע העבירה

2

|   |  |         |  |                  |  |
|---|--|---------|--|------------------|--|
| שם משפחה  |  | שם פרטי |  | מספר זהות<br>ס"ב |  |
| <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |  |         |  |                  |  |

פרטי האירוע

3

מועד ביצוע הפשע \_\_\_\_\_ מקום ההתרחשות \_\_\_\_\_

תיאור האירוע בגימו מבוקש התגמול \_\_\_\_\_

---



---



---



---

**פרטי הילדים**

**4**

האם יש להורה הנפטר ילדים מעל גיל 18 עד גיל 22?  כן  לא

נא מלא בטבלה הבאה את פרטי הילדים:

| מספר זהות | שם הילד |          | תאריך לידה | ברשות מי והיכן נמצא הילד? |
|-----------|---------|----------|------------|---------------------------|
|           | שם פרטי | שם משפחה |            |                           |
| 1.        |         |          |            |                           |
| 2.        |         |          |            |                           |
| 3.        |         |          |            |                           |
| 4.        |         |          |            |                           |

פרטים על ילדים נוספים רשום בדף נפרד

\* שירות בצה"ל / קד"צ / עתודה / שירות לאומי / שירות בהתנדבות

יש לצרף אישורים רק אם לומד, בהתנדבות בשירות לאומי, עתודה או קד"צ

**פרטי מגיש התביעה**

**5**

|          |         |           |
|----------|---------|-----------|
| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות |
|----------|---------|-----------|

מעמד ביחס לילד (קרוב משפחה, אופוטרופוס וכד')

**כתובת מגורים של מגיש התביעה (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 |
|------------------|-----------------|------------------|

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 המפורטת למעלה)**

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

## פרטי חשבון הבנק של מגיש התביעה

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

|  |          |                   |         |
|--|----------|-------------------|---------|
| סוג החשבון <input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוצי |          | שמות בעלי החשבון  |         |
| מספר חשבון   | מס' סניף | שם הסניף / כתובתו | שם הבנק |

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

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.

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 יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

אנו השותפים לחשבון, מתחייבים להשתמש בכספי התגמולים שיופקדו לחשבון, עבור מקבל התגמול.

חתימת/חתימות השותפים לחשבון

חתימת מקבל התשלום

תאריך

## הצהרה

אני החתום מטה מצהיר כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים וכי הילד/ים בגינם/ם תבעתי תגמול גר/ים עימי, אני מפרנס אותם/ם ובכוונתי להמשיך לפרנסם/ם בשנה הקרובה.

כמו כן חשבון הבנק שמסרתי בתביעה הוא חשבון עבור הילדים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין 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.

לאפטרופוס או ממונה

אני החתום מטה מסכים בזאת לקבל את התגמול של הילד/ים הרשומים לעיל ומתחייב להשתמש בתגמול לטובת הילד/ים.

כמו כן הנני מתחייב להודיע מייד על כל שינוי הקשור בהמצאות הילד/ים או שינוי אחר המשפיע על מקבל הקצבה. ידוע לי כי המוסד לביטוח לאומי רשאי לפקח על אופן השימוש בכספי התגמול.

ידוע לי כי אם המוסד לביטוח לאומי, או מי שיוסמך על ידו לשם כך, ימצא שכספי התגמול שניתנים לי, אינם משמשים למטרות שלשמן הוקצו, רשאי המוסד למנות אדם אחר תחתי לקבלת התגמול וכי אהיה צפוי לתביעה משפטית להשבת כל הכספים שנוצלו על ידי שלא למטרות שלשמן הוקצו.

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.

למילוי כאשר עובד המוסד ממלא את טופס התביעה

הנני מאשר שטופס זה מולא ע"י עובד המוסד על פי בקשתי, וכי כל הפרטים שנרשמו בטופס נמסרו על ידי או הועתקו מתעודת זיהוי.

חתימת התובע

תאריך