



בקשה לרישום ילד של מבוטח בקובץ ביטוח בריאות וקופת חולים – הליך מקוצר

طلب لتسجيل مولود لوالد مؤمن في التأمين الصحي
وصندوق المرضى – إجراء مختصر

דברי הסבר מلاحظات توضיحية

בקשה זו לרישום בקובץ ביטוח בריאות וזכאות לשירותי קופת חולים מיועדת לילד עד גיל 14 בלבד שנוולד בישראל ושוהה בה, אשר יש לו הורה אחד בעל רישיון לישיבת קבע הרשום בביטוח לאומי כתושב ישראל, ומשרד הפנים טרם החליט לאשר לילד מספר זהות. יستخدم هذا الطلب لتسجيل الولد في التأمين الصحي والاستحقاق لخدمات صندوق المرضى فقد خصص للأولاد حتى سن 14 فقط الذين ولدوا في دولة إسرائيل ويستقرون فيها، كما ويجب أن يملك أحد الوالدين تصريح لإقامة دائمة وأن يكون مسجل في التأمين الوطني كمواطن إسرائيلي، كما وأن وزارة الداخلية لم توافق بعد على رقم هوية للمولود.

אם הבקשה עומדת בתנאים שנקבעו, תישלח אליך הודעה עם ציון המספר הזמני המזהה שניתן לילד, באמצעותו יוכל הילד לקבל שירותים מקופת החולים שההורה חבר בה. إذا كان الطلب يفي بالشروط المطلوبة فسيتم ارسال رسالة مع الرقم المؤقت للمولود والذي يستطيع بواسطته تلقي خدمات في صندوق المرضى المسجل فيه والده.

אם לא התקבל מספר זהות ממשרד הפנים בתוך שנתיים או משרד הפנים דחה את הבקשה למספר הזהות, תישלל התושבות בהתאם. في حال لم يحصل المولود على رقم هوية من وزارة الداخلية خلال سنتين أو في حال تم رفض الطلب من وزارة الداخلية سيتم إلغاء المواطنة وفقاً لذلك.

חובה לצרף לטופס זה עליך إرفاق ما يلي

תעודת לידה מקורית מבית החולים בו נולד הילד.
شهادة الميلاد الأصلية التي أصدرت في المستشفى الذي وُلد فيه المولود.

אישור מקורי של משרד הפנים המאשר כי הוגשה בקשה למתן מס' זהות לילד.
مستند أصلي من وزارة الداخلية يُثبت تقديم طلب لإصدار رقم هوية للمولود.

העתק מתאים למקור של תעודת נישואין.
نسخة طبق الأصل عن عقد الزواج.

כיצד יש להגיש את הבקשה כيفية تقديم الطلب

את הבקשה יש למלא בכתב יד ברור, רצוי בשפה העברית. יש לשמור העתק הבקשה.
את המקור יש לשלוח בדואר לכתובת:

**המוסד לביטוח לאומי,
תחום שירותי בקרה כלליים
אגף בקרה ובדיקות תוכנה
שד' ויצמן 13, ירושלים**

يجب تعبئة الطلب بخط واضح، من المفضل تعبئته باللغة العبرية. يجب الاحتفاظ بنسخة عن الطلب.
عليك ارسال الطلب الأصلي بواسطة البريد على لعنوان:

**مؤسسة التأمين الوطني،
خدمات المراقبة العامة،
قسم المراقبة وفحص البرمجة
جادة فايتسمان 13، القدس.**

לברורים ניתן להתקשר למוסד לביטוח לאומי. תחום אוכלוסין טל: 6709518 – 02 או
למוקד הטלפוני לטלפון *6050 או 04-8812345.
للاستفسار عليك التوجه لمؤسسة التأمين الوطني. قسم السكان هاتف: 02-6709518 أو مركز الخدمة الهاتفي رقم *6050 أو
04-8812345.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד
כתבת هذه الإستمارة بصيغة المذكر لكنّها موجّهة للنساء والرجال على حدّ سواء

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות / דרכון 7	מס' אחזור דרכוניטים 9 5	עמודים
------------------------------------	-----------------------	------------------------------	--------

המוסד לביטוח לאומי
אגף ביטוח ובריאות
אגף בקרה ובדיקות תוכנה



**בבקשה לרישום ילד של מבוטח בבריאות
לקובץ ביטוח בריאות וקופת חולים – הליך
מקוצר**

طلب لتسجيل مولود لوالد مؤمن في التأمين الصحي
وصندوق المرضى – إجراء مختصر

אבקש לרשום את ילדי, שפרטיו להלן, לקובץ ביטוח בריאות ולקופת חולים שבה אני חבר.
أطلب بهذا تسجيل أولادي المذكورين أدناه في ملف التأمين الصحي وصندوق المرضى الذي أنا عضو فيه.

1

פרטי ההורה הרושם – שם ההורה הרשום בקובץ בריאות כפעיל
تفاصيل الوالدة المسجلة – اسم الوالد المسجل في ملف التأمين الصحي شرط أن يكون تأمينه فعال

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות/מס' מזהה رقم الهوية
רחוב / תא דואר ת.ד אינו מחליף כתובת شارع / صندوق بريد – صندوق البريد لا يحل مكان العنوان	מס' בית رقم المنزل	כניסה المدخل
	דירה الشقة	יישוב البلدة
	מיקוד رقم المنطقة	

הצהרת מרכז חיים:
تصريح عن مكان السكن:

אני מצהיר/ה בזאת כי מרכז חיי בישראל ומגורי הקבע שלי הם בכתובת הבאה: _____
أصريح بهذا أن مكان سكني في دولة إسرائيل ومقري الدائم هو في العنوان الآتي:

קופת חולים שבה חבר ההורה:
صندوق المرضى المسجل فيه الوالد:

2

פרטי הילד הנרשם
تفاصيل الولد المطلوب تسجيله

שם הילד اسم المولود	מין الجنس	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	תאריך לידה تاريخ الميلاد	בית החולים שבו נולד הילד اسم المستشفى الذي ولد فيه المولود
------------------------	--------------	---	-----------------------------	---

3

הצהרה
تصريح

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.
أعلم أن تزويد تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات تعتبر مخالفة للقانون، وأن الشخص الذي يقوم بالعلم أو بالاحتيال للمصادقة على دفع المخصّصات وفقا لهذا القانون أو زيادتها عن طريق إخفاء تفاصيل ذات أهمية، سيعاقب بدفع غرامة مالية أو بالسجن.

תאריך _____ חתימת התובע X
تاريخ _____ توقيع مقدّم الطلب

לשימוש המוסד

מספר זהות/מס' מזהה	תאריך טיפול	שם הפקיד המטפל	חתימת הפקיד
--------------------	-------------	----------------	-------------