



תמונה רק למי שמלאו לו 18 שנה	9   5		Please fill in the form as clearly as possible	נא למלא את הטופס בכתב ברור
	מס' אחזור דרכוניסטים	עמודים	Please fill in the form in all the place sign with *	חובה למלא את המקומות המסומנים ב - *
	תאריך	סניף	מחלקה	Please check "X" in the appropriate place

Please enclose a copy of your passport showing the passport number, passport owner name and visa details  
יש לצרף צלום דפי הדרכון בהם מופיעים פרטי הדרכון ופרטי בעל הדרכון והאשרה.

**A. Personal details (as shown in passport) (כפי שהם רשומים בדרכון)**

Sex / מין* M / ז <input type="checkbox"/> F / נ <input type="checkbox"/>	*תאריך לידה Date of birth שנה חודש יום Day Month Year	שם פרטי קודם Previous given name	שם משפחה קודם Previous surname	*שם פרטי (בעברית) Given name*	*שם המשפחה (בעברית) Surname*
*תאריך פקיעת תוקף Date of expiry שנה חודש יום Day Month Year	*תאריך הוצאת דרכון Date of issue שנה חודש יום Day Month Year	ארץ הוצאת דרכון Country of issuance	אזרחות Citizenship *מס' דרכון Passport Number	עיר לידה City of birth	ארץ לידה Country of birth

**B. Viza (ב. אשרה)**

תאריך כניסה לארץ Date of arrival שנה חודש יום Day Month Year	Visa A / 1 / א <input type="checkbox"/> A / 2 / א <input type="checkbox"/> A / 3 / א <input type="checkbox"/>	סוג אשרה *Validity Until עד	*תוקף From מ-
	A / 4 / א <input type="checkbox"/> A / 5 / א <input type="checkbox"/> B / 1 / ב <input type="checkbox"/>	B / 2 / ב <input type="checkbox"/> B / 3 / ב <input type="checkbox"/> B / 4 / ב <input type="checkbox"/>	

**C. Address in Israel (ג. כתובת בארץ)**

טלפון Telephone	מיקוד Zip code	יישוב City	מס' דירה Apt. no.	כניסה Entrance	מס' בית Number	רחוב / ת.ד. Street / P.O.B
--------------------	-------------------	---------------	----------------------	-------------------	-------------------	-------------------------------

**For office use only (לשימוש המוסד בלבד)**

החלטה (לגבי כל מי שמלאו לו 18 שנה)  
 לאחר בדיקת הנתונים החלטתי כי הנ"ל:  תושב ישראל מתאריך: | | | | | | | |  אינו תושב ישראל

תאריך: | | | | | | | | שם החותם ותפקידו: חתימה

**D. Details of Parents (ד. פרטי ההורים)**

מס' דרכון / מס' זהות ישראלית Passport number / Israeli I.D.	שם פרטי (אם) Mother's first name	שם משפחה (אם) Mother's surname	מס' דרכון / מס' זהות ישראלית Passport number / Israeli I.D.	שם פרטי (אב) Father's first name	שם משפחה (אב) Father's surname
זהות I.D. דרכון Passport			זהות I.D. דרכון Passport		

**E. Personal Status (ה. מצב משפחתי)**

*Details of Spouse מס' דרכון / מס' זהות ישראלית Passport number \ Israeli I.D.	*פרטי בן/בת זוג שם פרטי שם משפחה	*Personal status From date	*מצב משפחתי מתאריך
זהות I.D. דרכון Passport	First Name Surname	מס' ילדים מתחת לגיל 18 No. of children under age 18	Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Widow(er) <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>
			חוקה/נשואה <input type="checkbox"/> אלמנה/גרובה <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>



**F. Center of life, Occupation, National insurance payments and reception of benefits**

**1. מרכז חיים, עיסוק ותשלום דמי ביטוח לאומי (ימולא עבור מי שמלאו לו 18 שנה)**

My purpose for staying in Israel is: \_\_\_\_\_ אני שוהה בארץ למטרת: \_\_\_\_\_

**1. I own the following assets in Israel: בבעלותי בארץ:**

דירה Apartment  
 עסק Business  
 רכוש אחר Other property  
 רצ"ב אישור בעלות Ownership certificate attached

**2. Residence in Israel: אני גר בארץ:**

בדירה שכורה I am living in Israel in rental apartment  
 רצ"ב חוזה שכירות Attach apartment rental agreement  
 אחר: Other

**3. Detail on Bank account in Israel פרטי חשבון הבנק בישראל**

בנק: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ מספר חשבון: \_\_\_\_\_  
 Bank Branch Account number

**4. Health corporation \ Health Fund ("kupat cholim") קופת חולים**

I am member \ would like to register as a member of the following health corporation: אני רשום / מבקש להירשם כחבר בקופת חולים:  
 Leumit / לאומית  
 Clalit / כללית  
 Maccabi / מכבי  
 Meuhedet / מאוחדת

**5. Occupation in Israel: עיסוק בארץ:**

אני מועסק בארץ כשכיר I am an employee  
 מעסיק: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_  
 Employer Address

אני עובד בארץ כעצמאי I am self employed in Israel  
 מתאריך: \_\_\_\_\_ סך ההכנסה השנתית: \_\_\_\_\_  
 From: Total yearly income

אינני עובד ויש לי הכנסות I am not working and have income  
 מתאריך: \_\_\_\_\_ סך ההכנסה השנתית: \_\_\_\_\_  
 From: Total yearly income

אינני עובד ואין לי הכנסות I am not working and have no income

**6. Payment for the National Insurance Institute of Israel: תשלום דמי ביטוח:**

אני משלם / שילמתי בעבר דמי ביטוח לאומי I pay \ have paid National Insurance payments  
 לא עובד  
 עצמאי  
 שכיר  
 Unemployed Self employed Employee

מס' התיק שלי בגביה: \_\_\_\_\_  
 File number in the National Insurance Institute:

לא שילמתי בעבר דמי ביטוח לאומי  
 I have not made payments to the National Insurance Institute

**7. During the 24 months I have stayed abroad: ב- 24 החודשים האחרונים שהיתי בחו"ל:**

Purpose	מטרת שהות בחו"ל	עד תאריך	From	מתאריך
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**G. Pensions and allowances paid by the National Insurance Institute**

**2. פרטי קצבה מהמוסד לביטוח לאומי**

Have you received, or do you currently receive, an allowance or pension from the Israeli National Insurance Institute? האם קיבלת או שהיך מקבל כעת קצבה מה ביטוח הלאומי?

No / לא  
 Yes / כן

Type of allowance: \_\_\_\_\_ סוג הקצבה:  
 INS file number: \_\_\_\_\_ מס' תיק בביטוח הלאומי:

**H. Declaration הצהרה**

I hereby declare under penalty of perjury that I have examined all the information on this form, and on any accompanying statements or forms, and it is true and correct to the best of my knowledge.

אני מצהיר כי כל הפרטים שמלאתי בשאלון זה הם נכונים, מלאים ומדויקים. ידוע לי כי מסירת פרטים לא נכונים או העלמת פרטים, מהווה עבירה על החוק.

I have been notified that it is my responsibility to inform the National Insurance Institute about any change in my living address and/or in personal details.

אני מתחייבת/ת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי שיחול במען ובפרטים האישיים.

תחמת המצהיר \_\_\_\_\_ שם החותם \_\_\_\_\_  
 Signature of the person filling the Application Name of the person filling the Application Date \_\_\_\_\_  
 תאריך \_\_\_\_\_