



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

חובה למלא את השדות המסומנים ב *.	
תאריך	
מספר תיק	
מחוז מטפל	

אל: משרד הביטחון - אגף משפחות, הנצחה ומורשת

הנדון: טופס הצהרה על אי קבלת תשלום מגורם מממן אחר

פרטי החשבונית

חשבונית מס/קבלה מספר	מתאריך
פירוט ההטבה שלגביה מבוקש ההחזר ¹	

הצהרה

<p>אני הח"מ מצהיר בזאת כי:</p> <ol style="list-style-type: none"> לא קיבלתי עבור הוצאה זו, תשלום/החזר כספי מכל גורם אחר, המקנה זכאות למטרה זו ואין בכוננתי לפנות לקבלת תשלום/החזר כספי, מלבד לאגף משפחות, הנצחה ומורשת. ידוע לי כי במידה ואקבל תשלום/החזר כספי מגורם אחר, עבור אותה מטרה, יהיה עלי להחזיר את הסיוע במלואו או בחלקו לאגף, לרבות בדרך של קיזוז מהתגמול החודשי, בהתאם לתחשיב שיבוצע עבורי. הנני מתחייב לשמור את חשבונית המס/הקבלה המקורית/ העתק נאמן למקור (במקרה של אובדן המקור) לתקופה של 3 חודשים, וידוע לי כי בתוך תקופה זו יהיה רשאי משרד הביטחון לדרוש את המצאתן של הקבלה המקורית / העתק נאמן למקור. במקרה של אובדן חשבונית מס / קבלה מקורית - החשבונית מס / הקבלה הינה "העתק נאמן למקור" כיוון שאין ברשותי חשבונית מס / קבלה מקורי מהסיבה _____ היה ויתברר כי התמורה כולה או חלקה שולמה לי בעבר על ידי משרדכם, הנני מתחייב/ת להשיב את הסכום ששולם למשרד הביטחון - אגף משפחות, הנצחה ומורשת. הובא לידיעתי כי עבור בקשה בנושא טיפולי שיניים ניתן להגיש "העתק נאמן למקור" בצירוף הצהרה זו 3 פעמים בלבד.
--

¹ פירוט ההטבה שבגינה מתבקש ההחזר



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

חתימת הזכאי

שם פרטי	שם משפחה	מספר תעודת זהות
---------	----------	-----------------

הריני מאשר/ת חתימת המסמך באופן דיגיטלי

תאריך _____

חתימת המבקש
(במקרים בהם הטופס מוגש ידני)