

אגף משאבי אנוש  
מדור פיתוח הדרכה ורווחה  
פקס 6472965 טלפון 6472608/694  
**בקשה למענק חג**

□ פרטים אישיים של המבקש:

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מחלקה	דירוג/דרגה
תפקיד	שם ממונה ישיר	טלפון פנימי	טל' עבודה	
כתובת	משכורת ברוטו			

□ מצב משפחתי:

[ ] חד הורי/ת [ ] גרושה [ ] אלמנה [ ] נשוי/נשואה.

□ הכנסה נוספת

ביטוח לאומי \_\_\_\_\_ קצבת שארים \_\_\_\_\_ מזונות \_\_\_\_\_ אחר \_\_\_\_\_

□ האם בבעלותך?

דירה בבעלותך \_\_\_\_\_ דירה נוספת שבבעלותך \_\_\_\_\_

רכב \_\_\_\_\_ סוג \_\_\_\_\_ שנת ייצור \_\_\_\_\_

□ פרטי בן/בת הזוג :

שם ומשפחה	מקום עבודה	שכר חודשי
-----------	------------	-----------

□ ילדים:

מס' הילדים עד גיל 18 \_\_\_\_\_ מס' הילדים בשירות צבאי \_\_\_\_\_

□ נימוקים נוספים היכולים לסייע לוועדה :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

חתימה- \_\_\_\_\_

□ לשימוש הוועדה:

הכנסה לנפש: \_\_\_\_\_ החלטת הוועדה: אושר / לא אושר