



תביעה להבטחת הכנסה

תנאי זכאות ראשוני לגמלה להבטחת הכנסה

תושב ישראל שגילו - 20 שנה ומעלה למעט מקרים חריגים.

כמה דברים שכדאי לך לדעת:

- ☞ **זכאותך לגמלה תיבחן ממועד מסירת הטופס.** לכן, הגש את הטופס ללא דיחוי, גם אם חסרים לך חלק מהמסמכים שיש לצרף. יתכן שתידרש להמציא מסמכים נוספים.
- ☞ אם אתה נשוי, או אם אתה גר עם בן או בת זוג – זכאותכם מותנית בכך ששניכם עומדים בתנאים הנדרשים.

מי אינו זכאי לקבל גמלה להבטחת הכנסה?

- ☞ אדם הנמצא במוסד, וכל החזקתו על חשבון אוצר המדינה, כולל בית סוהר (בן או בת הזוג של אדם זה יכול לבדוק זכאות בנפרד!).
- ☞ אדם המשרת שירות חובה בצה"ל וכן חבר קיבוץ או מושב שיתופי ובני זוגם.
- ☞ תלמיד בישיבה או במוסד תורני או במוסד לימודים על תיכוני או במוסד להשכלה גבוהה.
- ☞ בתנאים מסוימים לימודים של הורה יחיד לא ישללו זכאות לגמלה.
- ☞ אדם שברשותו (כולל ברשות בן זוגו או ילדו), רכב או אופנוע ששווי מעל 41,249 ₪, למעט מקרים חריגים הקשורים במצב רפואי.
- ☞ אדם שברשותו (כולל ברשות בן זוגו או ילדו), יותר מרכב אחד.

מי צריך להתייבב בשירות התעסוקה כתנאי לזכאות

- ☞ אם אתה או בת זוגך אינכם עובדים, או אם אתם עובדים במשרה חלקית כלומר פחות מ-40 שעות בשבוע, עליכם לפנות ללשכת התעסוקה במקום מגוריכם כדי לקבל כל עבודה המתאימה למצב בריאותכם.

אם חלים עליך התנאים האלה, אינך צריך לפנות לשירות התעסוקה:

- ☞ אם או אב שהוא הורה יחיד שיש עמו/ה ילד שטרם מלאו לו שנתיים.
- ☞ אישה בהריון מהשבוע ה-13.
- ☞ מי שחולה לפחות 30 ימים רצופים והמחלה טרם הסתיימה.
- ☞ הורה המקבל קצבת ילד נכה בעד ילדו או מי שאחד מבני משפחתו (בן זוג, בן, בת, הורה), חולה וזקוק להשגחה רוב שעות היממה והוא גר עם החולה באותה דירה 45 ימים רצופים לפחות לפני שהגיש את התביעה.
- ☞ מי שנמצא בתוכנית שיקום תעסוקתי בשיקום משרד ממשלתי.
- ☞ אסיר משוחרר לאחר תקופת מאסר 6 חודשים רצופים, אם עדיין לא חלפו חודשיים ממועד שחרורו, אסיר בעבודות שירות, מי שנמצא במעצר בית בשעות היום, או מי שמשגיח על בן משפחה הנמצא במעצר בית.
- ☞ מוכר לסמים או לאלכוהול, מי שנמצא בתוכנית גמילה או בתכנית שיקום.
- ☞ לומד באולפן מטעם משרד הקליטה, חמישה ימים בשבוע בשעות הבוקר.
- ☞ מי שמטופל במחלקה לדרי רחוב ברשות המקומית.
- ☞ אישה במקלט לנפגעות אלימות השוהה בו יותר מ-30 ימים רצופים.
- ☞ עובד במשרה מלאה (בהיקף של 40 שעות שבועיות ומעלה), או עובד במפעל מוגן
- ☞ עובד במשק בית או בטיפול בילדים בהיקף של 25 שעות שבועיות ומעלה
- ☞ עובד בטיפול בקשישים בהיקף של 15 שעות שבועיות ומעלה או המטפל בשלושה קשישים לפחות.
- ☞ עובד כקופאי ברשתות מזון בהיקף של 36 שעות שבועיות ומעלה.
- ☞ עובד עצמאי הרשום במחלקת הביטוח ו/או בעל עסק חדש אשר לא עברה שנה מפתחת העסק ומקבל ליווי עסקי.

שים לב! לפני הגשת התביעה לסניף – אנא ודא כי:

- ☞ מילאת את כל הפרטים, חתמת בכל המקומות, פירטת את הסיבה להגשת התביעה (אתה ובן או בת זוגך).
- ☞ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:

- למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
- 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 וביירוטים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il

טופס זה מנוסח בלשון זכר, אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
הבטחת הכנסה

תביעה לגמלה להבטחת הכנסה

מס' זהות / דרכון _____ סוג המסמך 0 1	דפים _____	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
חותמת קבלה		

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
_____	_____	_____

כתובת מגורים

רחוב / תא דואר	מס' בית	קומה	דירה	יישוב	מיקוד
_____	_____	_____	_____	_____	_____
טלפון קווי	טלפון נייד של התובע	טלפון נייד של בן/בת זוג			
_____	_____	_____			

דואר אלקטרוני תובע: _____@_____ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.

דואר אלקטרוני בן/בת זוג: _____@_____ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	קומה	דירה	יישוב	מיקוד
_____	_____	_____	_____	_____	_____

אני מתגורר בדירה ש:

בבעלותי בהשכרה אצל ההורים במקום אחר, פרט: _____

2

מצב משפחתי

מצב משפחתי נוכחי – גם אם טרם שונה במשרד הפנים:

נשוי/ה גרושה/ה אלמן/נה פרוד/ה מתאריך _____ יש למלא שאלון נפרדות

רווק/ה ידועה/ה בציבור, מתאריך _____ ת.ז. _____

האם אתה מתגורר עם חברה/ לחיים או עם בן/בת זוג לא כן, שם _____ ת.ז. _____ מתאריך _____

3

פרטי ילדים עד גיל 24

נא סמן את מקום הימצאותו של הילד וצרף אישור מהרשות המוסמכת*

שם הילד	ת"ז	מתגורר איתי	צבא	אומנה או פנימייה*	שירות לאומי או התנדבות או עתודה או קד"צ*	אחר*
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

• אם ישנם ילדים נוספים נא ציין את פרטיהם בדף נוסף.

פרטים על לימודים

4

תובע	בן/בת זוג
האם אתה לומד במוסד לימודים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם אתה לומד במוסד לימודים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
האם אתה לומד בישיבה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם אתה לומד בישיבה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן

יש לצרף אישור ממוסד הלימודים, כולל תאריך תחילת הלימודים וסיומם, ימי לימוד, מספר השעות וסוג התעודה

פרטי רכב, אופנוע, טרקטור, טרקטורון, משאית

5

ילדים עד גיל 24	בן/בת זוג	תובע	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____	האם יש רכב בבעלותך?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____	האם יש רכב או אופנוע בשימושך הקבוע ואינו בבעלותך?

לידיעתך: החוק מאפשר התחשבות בשימוש ברכב לצרכים רפואיים לתקופה ממושכת.

על מנת שהרכב לא יחושב בבדיקת זכאותך לגמלת הבטחת הכנסה, נא לציין:
האם הרכב שבבעלותך או בשימושך נדרש לצרכים רפואיים או לצרכי ניידות שלך או של בני משפחתך (בן/בת זוג, ילד, הורה בלבד)?

לא כן, נא צרף אישורים רפואיים

בעל רכב: אם אתה חולה לפחות 30 ימים רצופים, אתה רשאי להפקיד את הרישיונות במשרד הרישוי לתקופת המחלה. יש לצרף אישור מקורי ממשרד הרישוי.

הסיבה להגשת התביעה

6

א. מדוע אתה מגיש את התביעה? _____

ב. כיצד התקיימת בשנה האחרונה? (מה היו מקורות ההכנסה שלך ושל בן/בת זוגך? כיצד שולמו הוצאות הבסיסיות שלך, כגון מיסים והוצאות הבית?) _____

ג. האם יש לך קשר עם עובד סוציאלי? לא כן, נא ציין: את שם העובד הסוציאלי: _____

מספר טלפון של העובד הסוציאלי: _____ שם הלשכה: _____

7

תעסוקה

תעסוקת בת/בן הזוג	תעסוקת התובע
<p>האם אתה עובד היום? <input type="checkbox"/> כן, שם המעסיק _____ מועד תחילת העבודה _____ היקף משרה(שעות שבועיות): _____ שכר ברוטו _____ ₪ <input type="checkbox"/> לא, מדוע? _____</p>	<p>האם אתה עובד היום? <input type="checkbox"/> כן, שם המעסיק _____ מועד תחילת העבודה _____ היקף משרה(שעות שבועיות): _____ שכר ברוטו _____ ₪ <input type="checkbox"/> לא, מדוע? _____</p>
<p><input type="checkbox"/> האם עבדת בשנה האחרונה? <input type="checkbox"/> כן, שם המעסיק _____ תאריך הפסקת העבודה _____ <input type="checkbox"/> לא</p>	<p><input type="checkbox"/> האם עבדת בשנה האחרונה? - <input type="checkbox"/> כן, שם המעסיק _____ תאריך הפסקת העבודה _____ <input type="checkbox"/> לא</p>
<p>האם שולמו לך פיצויים? <input type="checkbox"/> כן, סכום הפיצויים _____ ₪ <input type="checkbox"/> לא</p>	<p>האם שולמו לך פיצויים? <input type="checkbox"/> כן, סכום הפיצויים _____ ₪ <input type="checkbox"/> לא</p>

אם אתה עובד, נא צרף טופס אישור מעסיק "העסקת עובד" (אם אתה עובד אצל כמה מעסיקים, נא צרף טופס מכל מעסיק בנפרד). יש לצרף 3 תלושי שכר אחרונים.

8

פירוט הכנסות ונכסים חוץ מהכנסות מהמוסד לביטוח לאומי או הכנסות מעבודה

לבן/בת הזוג	לתובע	מקור הכנסה/נכס
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	פנסיה או רנטה בארץ או בחו"ל
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	תגמולים ממשרדי ממשלה: הביטחון. האוצר. הקליטה. הסוכנות
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	דמי שכירות מנכס
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	מזונות
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	תמיכה כלכלית קבועה
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	אחר: _____

האם אתה משלם מזונות? לא כן, יש לצרף פסק דין לתשלום מזונות והוכחות לתשלום.
 נא לצרף אישורים המעידים על הכנסותיך (לדוגמה: הכנסה מפנסיה – תלוש פנסיה).

פירוט נכסים

שים לב - אם קיימים כמה נכסים, יש לציין את כולם – חובה לציין כן/לא

בן/בת זוג	תובע	פרטי נכסים: מחסן, דירה, יחידת דיור, מבנה, חנות, קרקע, מגרש, משק חקלאי, עסק
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ גוש וחלקה _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ גוש וחלקה _____	האם בבעלותך נכס/ים בארץ או בחו"ל כולל דירת מגורים
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, יש לצרף חוזה שכירות	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, יש לצרף חוזה שכירות	האם הנכס/ים, יחידות הדיור, שבבעלותך מושכרים או משמשים אדם אחר (גם אם לא נתתם חוזה שכירות)
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, באיזו שנה נבנתה הדירה? _____ מי מתגורר בדירה? _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, באיזו שנה נבנתה הדירה? _____ מי מתגורר בדירה? _____	האם בנכס שלך נבנו דירות נוספות המשמשות בן משפחה או אדם אחר?
שם האב _____ ת.ז. _____ שם האם _____ ת.ז. _____ כתובת הדירה בה התגוררו _____	שם האב _____ ת.ז. _____ שם האם _____ ת.ז. _____ כתובת הדירה בה התגוררו _____	יש למלא סעיף זה אם אחד מההורים אינו בחיים
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ ממי קבלת את הנכס? _____ יש לצרף צוואה וצו קיום צוואה או צו ירושה, כולל הצהרה מה ירשת	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ ממי קבלת את הנכס? _____ יש לצרף צוואה וצו קיום צוואה או צו ירושה, כולל הצהרה מה ירשת	האם אתה או ילדך קיבלתם נכס/ים בירושה או מתנה, שלא רשומים על שמך או על שם ילדיך?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ יש לצרף צוואה וצו קיום צוואה או צו ירושה, צו הסתלקות כולל הצהרה מה ירשת	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ יש לצרף צוואה וצו קיום צוואה או צו ירושה, צו הסתלקות מירושה כולל הצהרה מה ירשת	האם הסתלקת מירושה?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ יש לצרף חוזה מכירה או העברה של הנכס	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ יש לצרף חוזה מכירה או העברה של הנכס	האם מכרת או נתת במתנה נכס/ים. ללא תמורה בחמש השנים האחרונות?

10 פרטי חשבון הבנק של התובע

10

להלן פרטי החשבון שיש להפקיד בו את תשלומי הגמלה, אם תאושר זכאותך.

שמות בעלי החשבון (כולל שותפים)

שם הבנק	שם הסניף וכתובתו	מס' סניף	מספר חשבון	חשבון מוגבל
				כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

11 הצהרת חשבונות בנק

11

האם קיימים על שמך, או על שם בן/בת הזוג, או על שם הילדים שבאחזקתך **חשבונות נוספים**, שלא מופיעים בטבלה לעיל מסוג: עו"ש פיקדונות שקליים, מט"ח, ניירות ערך, חסכונות, קרן השתלמות או כל השקעה אחרת.

לא, אין חשבונות נוספים

כן, נא פרט בטבלה

שם בעל החשבון	מספר חשבון	בבנק/ בית השקעות

נא לצרף להצהרתך אישור או תדפיס ריכוז יתרות ותדפיס עו"ש מהבנק, עבור שלושת החודשים האחרונים מכל החשבונות הפעילים והמוגבלים.

אני החתום מטה, מצהיר כי על שמי או על שם בן/בת זוגי או על שמם של ילדי, לא קיימים חשבונות בנק נוספים מעבר למפורט. כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על פתיחת חשבונות בנק נוספים על שמי או על שם בן/בת זוג או על שם הילדים.

אני/ מסכים/ים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך **אימות בעלותי בחשבון הבנק** כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל/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.**

שם התובע _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה

שם בן/בת הזוג _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה

הרשאה למסירת מידע לצורך קבלת הטבות

אני החתום מטה נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי למסור עליי מידע לצורך קבלת הטבות נלוות למוסדות ולארגונים הבאים - אם אעמוד בתנאי הזכאות להטבה מהם:

חברת החשמל, קופת חולים, חברת בזק, רשות המים-תאגידי מים, עיריות/רשויות מקומיות, משרד הבינוי והשיכון, משרד התחבורה, משרד הקליטה, הרשות לניצולי שואה.

אני **מאשר** העברת המידע לכל נותני ההטבות

אני **מאשר** העברת המידע לנותני ההטבות המוזכרים מעלה, **למעט:** _____ (אנא

פרט למי אינך מסכים שנעביר מידע לצורך מתן הטבה)

אני **מתנגד** להעברת המידע לכל נותני ההטבות

ידוע לי, כי אי הסכמה להעברת מידע לגורם מסוים, עלולה לפגוע באפשרותי לקבל ממנו את ההטבה.

תאריך _____ חתימת התובע חתימת בן הזוג

12



הצהרה

אני / אנו הח"מ התובע/ים גמלה להבטחת הכנסה מצהיר/ים בזה, כי כל הפרטים שמסרנו בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים.
 ידוע לי/לנו, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה ע"פ חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים שהם בעלי חשיבות לעניין – דינו/דינה קנס כספי או מאסר.
 ידוע לי/לנו, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי/מסרנו בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי/נו לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני/אנו מתחייב/ים להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
 כמו כן אני/אנו מתחייב/ים להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי, כגון מצב משפחתי, מקום מגורים, לימודים, עבודה, מקורות הכנסה ועל כל יציאה מהארץ.
 אני/אנו מסכים/ים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוננו, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

תאריך _____ חתימת התובע ✕ _____ חתימת בן/בת הזוג ✕ _____

13

כתב ויתור סודיות והרשאה למסירת מידע

מספר זהות ס"ב 	שם משפחה	שם פרטי
פרטי בן/בת הזוג		
מספר זהות ס"ב 	שם משפחה	שם פרטי

אני הח"מ נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו או לכל אדם אחר הפועל מטעם המוסד לביטוח לאומי או בעבורו, לקבל או למסור לביטוח לאומי כל מידע שיבקש על אודותיי והמצוי ברשותכם, לרבות מידע על מצבי הרפואי, לרבות טיפולים בתחום הפסיכיאטרי, הסוציאלי, התפקודי או השיקומי בעבר ובהווה (כולל מידע בדבר סידור ילדיי במסגרת חוץ ביתית) וכן כל מידע בדבר נכות רפואית או אחרת שנקבעה לי לפי חוק הביטוח הלאומי או לצורך ביצועו של החוק האמור, וכן מידע על גמלאות ועל תשלומים אחרים מהמוסד לביטוח לאומי שלהם אני זכאי או הייתו זכאי, וכל מידע או מסמך הדרושים להחלטת המוסד, או כל מוסד בנקאי או עובד של מוסד בנקאי, וכן פרטים על חשבונות הבנק שלי ושלנו, וזאת בקשר לתביעה לקבלת גמלה להבטחת הכנסה.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____
 תאריך _____ חתימת בן/בת זוג ✕ _____

המוסד לביטוח לאומי



אישור המעסיק על העסקת עובד

- יש להגיש את האישור לשני המשרדים: 1. לשירות התעסוקה הישראלי 2. לביטוח לאומי, למעט המקרים הבאים, בהם יוגש האישור רק לביטוח לאומי:
- ☞ עובד בהיקף של 40 שעות שבועיות ומעלה.
 - ☞ עובד במשק בית או טיפול בילדים בהיקף של 25 שעות שבועיות ומעלה.
 - ☞ עובד בטיפול בקשישים בהיקף של 15 שעות שבועיות ומעלה או המטפל בשלושה קשישים לפחות.
 - ☞ עובד כקופאי ברשתות מזון בהיקף של 36 שעות שבועיות ומעלה.

פרטים על העובד		
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות

פרטים על עבודה והיקף משרה		
הנ"ל מועסק אצלי על בסיס עובד חודשי/יומי. היקף משרה: <input type="checkbox"/> מלאה <input type="checkbox"/> חלקית <input type="checkbox"/> % המשרה _____		
בימים: א, ב, ג, ד, ה, ו (הקף בעיגול) בשעות _____		
אם העובד מטפל בקשישים, יש לציין את מספר הקשישים שבהם אתה מטפל _____		
האם קיימת אפשרות להגדיל את היקף המשרה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, ב- _____ שעות בחודש		
תאריך תחילת העבודה	מס' שעות עבודה בשבוע	סה"כ שעות עבודה בחודש

תשלומים	שימוש המוסד לביטוח לאומי
פירוט השכר ברוטו ל- 3 החודשים האחרונים (כולל נסיעות)	תשלומים נוספים (כגון משכורת 13, בונוסים)
חודש _____ סך _____ ₪	ביגוד <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
חודש _____ סך _____ ₪	<input type="checkbox"/> כן, סכום _____ תאריך תשלום אחרון _____
חודש _____ סך _____ ₪	הבראה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
באיזה אופן משולם השכר?	<input type="checkbox"/> כן, סכום _____ תאריך תשלום אחרון _____
<input type="checkbox"/> לחשבון הבנק <input type="checkbox"/> בהמחאה <input type="checkbox"/> במזומן	האם תשלומי הבראה מועברים בתשלום אחד או יותר?
בסיס השכר:	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, מס' תשלומים _____
<input type="checkbox"/> לפי שעה, הסכום לשעה _____ ₪	תשלומים אחרים
<input type="checkbox"/> לפי יום, הסכום ליום _____ ₪	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> לפי חודש, הסכום לחודש _____ ₪	<input type="checkbox"/> כן, בעבור _____
	סכום _____ ₪ תאריך תשלום אחרון _____

פרטים נוספים		שימוש המוסד לביטוח לאומי
קשרי משפחה	האם קיים קשר משפחתי בינך לבין העובד? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, רשום את סוג הקרבה: _____	
שימוש ברכב המעסיק	האם העובד משתמש ברכב המעסיק? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, רשום את מספר הרישוי: _____	האם העובד משתמש ברכב לאחר שעות העבודה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן

פרטי המעסיק לשימוש שני המשרדים		
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
שם המעסיק/מפעל/ק"בוץ/מעביד _____		
טלפון	טלפון נייד	מספר פקס
כתובת, מס' בית, ישוב, מיקוד _____		
אני מצהיר שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומלאים וידוע לי שלפי סעיפים 414 ו-418 לחוק העונשין תשל"ז – 1977 עשיית מסמך הנחזה להיות את אשר איננו או העשוי להטעות, היא עברה פלילית שדינה מאסר עד 5 שנים		
תאריך _____	חתימה _____	חותמת המעביד _____

גמלה להבטחת הכנסה - נא למלא שם פרטי ומשפחה מספר תעודת זהות _____

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin: 0;">מס' זהות / דרכון</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">8</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <p style="margin: 0;">סוג המסמך</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 10px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div> </div> <p style="margin: 0;">דפים</p>													7	8			<p style="margin: 0;">לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p style="text-align: center; margin: 0;">חותמת קבלה</p>
7	8																	

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
הבטחת הכנסה



כתב ויתור סודיות רפואית
רק למילוי ע"י התובע

שם הגמלה: הבטחת הכנסה

פרטים אישיים																																			
	<p style="text-align: center; margin: 0;">תאריך תביעה</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 0;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">שנה</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">חודש</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">יום</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>											שנה	חודש	יום								<p style="text-align: center; margin: 0;">מספר זהות</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 0;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>													<p style="text-align: center; margin: 0;">קוד גמלה</p> <p style="text-align: center; font-size: 24px; margin: 0;">07</p>
שנה	חודש	יום																																	
<p style="text-align: center; margin: 0;">שם פרטי</p>		<p style="text-align: center; margin: 0;">שם משפחה</p>																																	
<p style="text-align: right; margin: 0;">חבר בקופת חולים</p> <p style="text-align: right; margin: 0;"> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____ </p>																																			

הצהרה
<p>הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">תאריך _____ חתימת המבוטח _____ ✕</p>

גמלה להבטחת הכנסה - נא למלא שם פרטי ומשפחה _____ מספר תעודת זהות _____
 עמוד 9 מתוך 9

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון _____	דפים _____
סוג המסמך 7 8	_____

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
 מינהל הגמלאות
 הבטחת הכנסה



כתב ויתור סודיות רפואית
 רק למילוי ע"י בן/בת זוג

שם הגמלה: הבטחת הכנסה

פרטים אישיים

קוד גמלה 07	מספר זהות _____	תאריך תביעה _____ שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי	

חבר בקופת חולים

כללית מאוחדת מכבי לאומית אחר _____

הצהרה

הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח _____ x



נספח – הפניה ללשכת התעסוקה

יש למלא טופס זה ולמסור אותו בלשכת התעסוקה, כדי לקבל עבודה התואמת את מצב בריאותך

הצהרה לשירות התעסוקה

לכבוד
שירות התעסוקה
לשכה: _____

תאריך: _____

פרטי התובע

אני מצהיר בזאת שאני הח"מ הגשתי תביעה להבטחת הכנסה בתאריך _____ בסניף _____

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
		ב.0

אני מצהיר בזאת, כי ידוע לי שעלי לפנות מיד לשירות התעסוקה, להתייצב כפי שידרש ממני, ולקבל כל עבודה מתאימה שתוצע לי.
 אינני עובד אני עובד בהיקף של _____ שעות בשבוע, אצל: _____

ידוע לי, כי לעניין חוק הבטחת הכנסה "עבודה מתאימה" היא כל עבודה המתאימה למצבי הבריאותי ולכושרי הגופני, וכי עליי להירשם כתובע הבטחת הכנסה. כן ידוע לי, שאם לא אנהג לפי הוראות שירות התעסוקה, או שאסרב לקבל כל עבודה מתאימה שיציעו לי, יגרום הדבר לשלילת הזכאות לגמלה להבטחת הכנסה לחודש הסירוב ולחודש שאחריו. אני מסכים בזאת שהמוסד לביטוח לאומי יעביר לשירות התעסוקה כל מידע או תיעוד על אודותיי הנמצא בידיו, והדרוש לצורך טיפול בהשמתי בעבודה.

אני מצהיר בזאת כי (נא סמן את הסעיף המתאים):
 לא הגשתי תביעה לנכות למוסד לביטוח לאומי הגשתי תביעה לנכות כללית למוסד לביטוח לאומי
 המוסד לביטוח לאומי אישר לי _____% נכות התקפים למועד זה. מצ"ב קביעת מחלקת נכות.

חתימת התובע תאריך _____

פרטי בן/בת זוג

אני מצהיר בזאת שאני הח"מ הגשתי תביעה להבטחת הכנסה בתאריך _____ בסניף _____

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
		ב.0

אני מצהיר בזאת, כי ידוע לי שעלי לפנות מיד לשירות התעסוקה, להתייצב כפי שידרשו ממני, ולקבל כל עבודה מתאימה שתוצע לי.
 אינני עובד אני עובד בהיקף של _____ שעות בשבוע, אצל: _____

ידוע לי, כי לעניין חוק הבטחת הכנסה "עבודה מתאימה" היא כל עבודה המתאימה למצבי הבריאותי ולכושרי הגופני, וכי עליי להירשם כתובע הבטחת הכנסה. כן ידוע לי, שאם לא אנהג לפי הוראות שירות התעסוקה, או שאסרב לקבל כל עבודה מתאימה שיציעו לי, יגרום הדבר לשלילת הזכאות לגמלה להבטחת הכנסה לחודש הסירוב ולחודש שאחריו. אני מסכים בזאת שהמוסד לביטוח לאומי יעביר לשירות התעסוקה כל מידע או תיעוד על אודותיי הנמצא בידיו, והדרוש לצורך טיפול בהשמתי בעבודה.

אני מצהיר בזאת כי (נא סמן את הסעיף המתאים):
 לא הגשתי תביעה לנכות למוסד לביטוח לאומי הגשתי תביעה לנכות כללית למוסד לביטוח לאומי
 המוסד לביטוח לאומי אישר לי _____% נכות התקפים למועד זה. מצ"ב קביעת מחלקת נכות.

חתימת התובע תאריך _____

מסמכים ואישורים שיש לצרף לתביעת הבטחת הכנסה

<p>צילום תעודת זהות מעודכנת – כולל ספח – בתביעה ראשונה בלבד אם יש לך ילדים בני 24 – 18 באחת המסגרות: לימודים תיכוניים, התנדבות למטרה ציבורית, עבודה, מסגרת קדם צבאית – יש לצרף אישור מוסמך מהמסגרת המתאימה. אישור או תדפיס ריכוז יתרות ותדפיס עו"ש מהבנק עבור 3 חודשים מכל החשבונות הפעילים והמוגבלים.</p>	<p>לכל התובעים</p>
<p>טופס אישור מעסיק על העסקת עובד. שלושה תלושי שכר אחרונים</p>	<p>עובד</p>
<p>אישור על מועד הפסקת העבודה שלך או של בן/בת זוגך</p>	<p>מחוסר עבודה</p>
<p>אישור ממקום הלימודים ובו ציון תאריך תחילת הלימודים וסיומם. תלמיד בהכשרה מקצועית- אישור השתתפות בלימודים בחודש הראשון ומדי חודש בחודשו</p>	<p>הכשרה מקצועית או לימודים</p>
<p>תעודה רפואית המציינת אי כושר לעבודה מתאריך עד תאריך – הכולל אבחנה רפואית. אם עבדת עד מחלתך – יש להמציא לנו תלוש שכר ואישור מעסיק או חברת הביטוח על זכאותך לדמי מחלה המפרט: מספר ימי מחלה הכלולים בתשלום (מתאריך עד תאריך), ועבור אילו חודשים בוצע התשלום.</p>	<p>אשפוז או מחלה- כאשר אינך מסוגל לעבוד 30 ימים רצופים לפחות</p>
<p>אישור על הגשת תביעה למזונות, או פסק דין למזונות. אם לא הגשת בקשה למזונות ואת פרודה פחות מ-12 חודשים – עלייך להגיש תביעה למזונות אם את פרודה יותר מ-12 חודשים, או אם בן זוגך מקבל קצבת נכות כללית או גמלה להבטחת הכנסה – אין צורך בהגשת תביעה למזונות.</p>	<p>פרודה</p>
<p>הסכם גירושין או פסק דין למזונות או הסכם ממון.</p>	<p>גרוש או רווק עם ילדים</p>
<p>אישור מרופא נשים המציין את מועד תחילת ההריון או שבוע ההריון.</p>	<p>אישה הרה</p>
<p>אישור משטרה או שירות בתי הסוהר על תחילת מעצר או מאסר ותאריך סיום מלא ובניכוי שלישי.</p>	<p>בן/בת זוג במעצר או במאסר</p>
<p>אישור על ביצוע עבודות שירות מהממונה על עבודות השירות.</p>	<p>אסיר בעבודות חוץ</p>
<p>צו בית משפט על קביעת מעצר בית. אישור בית משפט או עורך דין על מועד הדין הבא.</p>	<p>מעצר בית או פיקוח על מעצר</p>
<p>אישור על תאריך תחילת שהותך במרכז הגמילה ואישור חודשי על שיתוף פעולה. אם אתה בטיפול המחלקה לשירותים חברתיים – יש לצרף את תכנית הטיפול.</p>	<p>גמילה מסמים או מאלכוהול</p>
<p>אישור על תחילת תהליך השיקום, אישור על שיתוף פעולה בכל חודש.</p>	<p>מרכז שיקום ואבחון או תכנית שיקומית</p>
<p>דו"ח מהרשות לשיקום האסיר על תהליך השיקום, משך התקופה ואישורי השתתפות.</p>	<p>שיקום האסיר</p>
<p>אישור או פרוטוקול של החלטת ועדה מהלשכה לשירותים חברתיים.</p>	<p>קטין נטוש או יתום</p>
<p>אישור רפואי בו יצוין הצורך בהשגחה תמידיית על החולה.</p>	<p>השגחה</p>
<p>אישור על תאריך כניסה למקלט לנפגעות אלימות, אם יצאת מהמקלט – תאריך יציאה.</p>	<p>אישה במקלט</p>
<p>אישור ממקום הלימודים וכן תאריך תחילת הלימודים וסיומם. פירוט ימים ושעות הלימוד.</p>	<p>לימודים באולפן</p>
<p>אם אתה בטיפול המחלקה לשירותים חברתיים, יש לצרף דוח של עובד סוציאלי המטפל בך.</p>	<p>דר רחוב</p>

באפשרותך למלא את טופס התביעה ולשלוח את המסמכים און ליין (באופן מקוון) באמצעות אתר האינטרנט

www.btl.gov.il