



לצפייה בסרטון הסבר על
מילוי הטופס ולמיצוי זכויות,
יש לסרוק את הברקוד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף קצבאות אזרחים ותיקים
ושאירים



תביעה לקצבת אזרח ותיק כולל תביעה להשלמת הכנסה

על מנת שנוכל לטפל בתביעתך, אנא צרף לבקשה זו:

- אם אתה שכיר יש לצרף תלוש שכר אחרון, עצמאי יצרף הצהרה על הכנסותיו.
- שכיר שהפסיק או צמצם את היקף עבודתו, יצרף על כך אישור מעסיק.
- אישורים על הכנסה מהשכרת נכס (חוזה שכירות) ועל הכנסות מריבית או דיווידנד (אם יש).
- אם החותם על התביעה אינו התובע עצמו, יש למלא גם את סעיף 13 בטופס התביעה ולצרף ייפוי כוח, צו אפטרופוס או פסק דין – אם ישנו.
- לפני הגשת התביעה – בדוק האם יש מסמכים נוספים (לאלה הרשומים לעיל) שעליך לצרף, לפי ההנחיות בגוף הבקשה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- 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 ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

ביטוח במדינות אחרות

מי שהיה מבוטח בביטוח סוציאלי באחת מהמדינות הבאות: אוסטריה, אורוגוואי, איטליה, אנגליה, בולגריה, בלגיה, גרמניה, דנמרק, הולנד, נורבגיה, פינלנד, צרפת, צ'כיה, רומניה, שווייץ, שוודיה, יכול לבקש לבחון את זכאותו לגמלה על פי אמנות לביטחון סוציאלי, שעליהן חתמה מדינת ישראל. לשם כך נא לפנות בכתב לתחום קשרי חוץ, המוסד לביטוח לאומי, המשרד הראשי, שדרות ויצמן, ירושלים 91909, ולציין שם המדינה שבה היית מבוטח.

לידיעתך

על פי חוק, הגמלה תשולם בעד תקופה רטרואקטיבית של 12 חודשים מיום הגשת התביעה.

יש להגיש את טופס התביעה חתום - טופס שיוגש לא חתום יוחזר לתובע

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

| | |
|---------------------------------------|-------|
| לשימוש פנימי בלבד (סריקה) | |
| מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים | 0 1 |

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף קצבאות אזרחים
ותיקים ושירים

תביעה לקצבת אזרח ותיק
כולל תביעה להשלמת הכנסה

1

| | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------|------------------|
| שם משפחה | | שם פרטי | | מספר זהות ס"ב | |
| תאריך לידה שנה חודש יום | | מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה | | תאריך עלייה שנה חודש יום | |
| נא מלא (רווק/ה, נשוי/אה, אלמן/ה, גרושה, פרודה, ידועה/בציבור, עגונה) | | | | | |
| מצב משפחתי ראשון | מצב משפחתי שני | מתאריך | מצב משפחתי שלישי | מתאריך | מצב משפחתי רביעי |
| רווק/ה | | | | | |
| כתובת הרשומה במשרד הפנים | | | | | |
| רחוב / תא דואר | מס' בית | כניסה | דירה | יישוב | מיקוד |
| | | | | | |
| טלפון קווי | טלפון נייד | <input type="checkbox"/> אני גר בכתובת אחרת: | | | |
| | | | | | |
| אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים: | | | | | |
| שם משפחה איש קשר | שם פרטי איש קשר | מס' זהות איש קשר ס"ב | | | |
| | | | | | |
| דואר אלקטרוני: _____ @ _____ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. | | | | | |
| לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. | | | | | |
| מען למכתבים | | | | | |
| רחוב/תא דואר | מס' בית | כניסה | דירה | יישוב | מיקוד |
| | | | | | |

2

פרטי הילדים עד גיל 24 – עליך למלא סעיף זה על מנת שנוכל לבחון זכאותך לתוספת גמלה בעבור ילדיך

האם יש לך ילדים עד גיל 24? כן לא
 אם כן, עם מי מתגוררים הילדים? איתי בלבד איתי ועם בן/בת זוגי עם בן/בת זוגי בנפרד / גרושה - בלבד

נא מלא בטבלה הבאה את פרטי הילדים שעדיין לא מלאו להם 18 שנה. ילדים שמלאו להם 18 שנה יש למלא את פרטיהם רק במקרים הבאים*:
 1. אם גילו של הילד אינו עולה על 20 והוא אחד מאלה:
 תלמיד במוסד חינוכי על יסודי (תיכון / ישיבה תיכונית) / תלמיד במסגרת הזדמנות שנייה – השלמת בגרות תלמיד בעל לקות למידה הלומד בפרויקט היל"ה / ת.ג.ת. לומד באחת המסגרות שוחר/קד"ץ/טר"ץ/מכינה קדם צבאית או לומד בכל מסגרת שהוכרה ע"י המוסד לביטוח לאומי.
 2. אם טרם הגיע לגיל 24 והוא משתתף באחד מהמסגרות הבאות:
 חייל/ת בשירות סדיר / ישיבת הסדר / עתודה / שירות לאומי / שירות בהתנדבות (עד גיל 21).
 *יש לצרף אישורים מתאימים

| תאריך לידה | שם הילד | | מספר זהות |
|------------|----------|---------|-----------|
| | שם משפחה | שם פרטי | |
| | | | 1 |
| | | | 2 |

3

פרטי הכנסות לאחר גיל פרישה (גיל פרישה הוא הגיל שבו אתה זכאי לקצבת אזרח ותיק)

שים לב: יש למלא את הפרטים על כל הכנסותיך מהמקורות המפורטים, נכון למועד הגשת התביעה

- הכנסה מעבודה עד סכום של 5,856 ₪ ברוטו, נכון לתאריך 01.01.2019, עשויה לזכותך בקצבת אזרח ותיק מלאה.
- למי שיש בן זוג (סעיף 8) או ילד (סעיף 2), כהגדרתם בחוק הביטוח הלאומי, הכנסה מעבודה עד סכום של 7,807 ₪ ברוטו נכון לתאריך 01.01.2019, עשויה לזכותך בקצבת אזרח ותיק מלאה.

אם הכנסתך החודשית עולה על הסכומים אשר צוינו לעיל יש אפשרות לבדוק זכאות לקצבת אזרח ותיק חלקית.

- אם הנך יחיד, הכנסה מעבודה מעל 9,482 ₪ - תשלול לחלוטין את קצבת אזרח ותיק.
- אם יש לך בן זוג או ילד (כהגדרתו בחוק הביטוח הלאומי), הכנסה מעבודה מעל 13,375 ₪ - תשלול לחלוטין את קצבת אזרח ותיק.

לקצבת אזרח ותיק חובה למלא את הסעיפים 1,2,3,4 אם אין הכנסה עליך לסמן "אין".
 יש למלא גם סעיפים 5,6,7 רק אם אתה עונה על אחד מהתנאים הבאים:

1. בן הזוג מקבל קצבת אזרח ותיק ועובד
2. קיבלת קצבת נכות כללית בתכוף לגיל פרישה ושולמה לך תוספת עבור בן/בת זוג
3. אתה מעוניין לתבוע תוספת השלמת הכנסה

| מקור הכנסה | נא לסמן ליד כל אחד ממקורות הכנסה המפורטים "יש" או "אין" |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 1. עבודה שכירה | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ |
| 2. עבודה עצמאית | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ |
| 3. דמי שכירות: מדיירה, קרקע, חנות או מבנה | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ |
| 4. ריבית מחסכונות או דיבידנד ממניות | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ |
| 5. פנסיה בארץ האם הגשת תביעה לחברת הפנסיה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא האם תהיה זכאי לפנסיה ממקום העבודה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ |
| 6. פנסיה בחו"ל | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ |
| 7. רנטה בחו"ל | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ |
| 8. תגמולים ממוסד הביטוח או האוצר רנטה מחו"ל | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ |
| 9. אחר: _____ (נא לפרט סוג הכנסה וגובהה) | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ |

נא לצרף אישורים המעידים על הכנסותיך (כגון: תלושי שכר, פנסיה, חוזה שכירות וכד')

נא למלא את מספר תעודת הזהות שלך _____

4 אישור מעביד אחרון – עובד שכיר (יש למלא אם הועסקת ב- 18 החודשים האחרונים)

4

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|
| שם המעסיק | מספר תיק ניכויים | המתנהל בסניף |
| אני מאשר כי: | | |
| שם העובד (משפחה) | שם העובד (פרטי) | מספר זהות ס"ב |
| <input type="checkbox"/> עבד אצלנו מ- _____ ברציפות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא - מצ"ב פירוט תקופת עבודה. <input type="checkbox"/> הפסיק לעבוד אצלנו לחלוטין מ- _____, <input type="checkbox"/> ממשיך לעבוד אצלנו ושכרו החודשי ברוטו _____ ₪ <input type="checkbox"/> צמצמתי/אצמצם את היקף עבודתי מתאריך _____ והכנסתי _____ ₪ <input type="checkbox"/> קיימת קרבה משפחתית בין העובד והמעביד <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____ | | |
| כתובת המעביד | מספר טלפון | |
| תאריך _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת המעביד _____ | | |

5 עבודה ועיסוק לאחר גיל פרישה

5

אני ממשיך לעבוד בהיקף מלא.

הפסקתי / אפסיק לעבוד מתאריך _____

אצמצם את היקף עבודתי מתאריך _____ והכנסתי ברוטו תהיה _____ ₪ לחודש.

עצמאי: סוג העיסוק: _____ שם העסק: _____ במקרה של צמצום או הפסקת העבודה, עליך להודיע למחלקת הגבייה והביטוח.

6 תקופת עבודה ועיסוק לנשים

6

נשים מתבקשות למלא תקופות עבודה ועיסוק מגיל 18 עד מועד הגשת התביעה. (אם עלית ארצה לאחר גיל 18, יש למלא תקופות עבודה ועיסוק מיום העלייה).

| קרבה למעביד (בן/בת הזוג, אחות, בן/בת, הורה) | מקום עבודה (עובדת שכירה תציין את שם המעסיק והעסק, עובדת עצמאית תציין רק את שם העסק) | סוג עיסוק (שכירה / עצמאית) | התקופה | |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------|--------|
| | | | עד תאריך | מתאריך |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

לידעתך: פירוט תק' העיסוק שלך קיים בביטוח הלאומי ואת יכולה לקבל אותו באמצעות המוקד הטלפוני - *6050 או בסניפי הביטוח הלאומי

7 פרטים על שהות בחו"ל

7

| יש לציין רק תקופות העולות על 5 שנים מגיל 18 או מיום העלייה | | | |
|------------------------------------------------------------|----------|-----------|------------|
| מתאריך | עד תאריך | שם המדינה | מטרת השהות |
| | | | 1. |
| | | | 2. |

8

פרטי בן/בת הזוג (לרבות ידועה/בציבור)

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| גר איתי : <input type="checkbox"/> לא, מתאריך _____ <input type="checkbox"/> כן, מתאריך _____ | תאריך לידה _____ שנה חודש יום | מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה | מספר זהות _____ ס"ב |
| תאריך עלייה _____ שנה חודש יום | | שם משפחה _____ | שם פרטי _____ |
| כתובת בן/בת הזוג - למלא רק אם הכתובת שונה מכתובתך | | | |
| מיקוד | יישוב | דירה | מס' בית |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

9

הכנסות בן/בת הזוג

עליך למלא סעיף זה על מנת שנוכל לבחון מתן תוספת קצבה בעד בן/בת הזוג אם בכוונתך להגיש תביעה לתוספת השלמת הכנסה עליך למלא סעיף זה ללא קשר לגיל של בן/בת הזוג. מתן התוספת מותנה בכך שבן הזוג אינו מקבל קצבה לפי חוק הביטוח הלאומי והכנסותיו אינן עולות על 5,856 ₪ ברוטו.

יש למלא רק אם טרם מלאו לבן הזוג 70 שנים ולבת הזוג 67 שנים

| מקור הכנסה | נא לסמן ליד כל אחד ממקורות ההכנסה המפורטים "יש" או "אין" |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 1. עבודה שכירה | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ |
| 2. עבודה עצמאית | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ |
| 3. פנסיה בישראל | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ |
| 4. פנסיה בחו"ל | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ |
| 5. רנטה בחו"ל | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ |
| 6. תגמולים ממשרד הביטחון או האוצר | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ |
| 7. דמי שכירות: מדירה, קרקע, חנות או מבנה | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ |
| 8. ריבית מחסכונות או דיבידנד ממניות | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ |
| 9. אחר: _____ (נא לפרט סוג הכנסה וגובהה) | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ |

נא לצרף אישורים המעידים על הכנסותיך (כגון: תלושי שכר, פנסיה, חוזה שכירות וכד')

10

חבר קיבוץ או מושב שיתופי

שם הקיבוץ _____ חבר קיבוץ מתאריך _____
 יש לצרף טופס בל/485 - אישור הקיבוץ על עבודה, שכר והכנסות נוספות

ניתן להוריד את הטופס מאתר האינטרנט.

11

פרטי חשבון בנק

אני מבקש שהקצבה תשולם לי בחשבון:

| | | | |
|----------------|----------|-------------------|---------|
| סוג קרבה לתובע | | שמות בעלי החשבון | |
| | | | |
| מספר חשבון | מס' סניף | שם הסניף / כתובתו | שם הבנק |
| | | | |

החשבון מתנהל על שם הקיבוץ / המושב השיטופי

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

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.**

תאריך _____ חתימת התובע * _____

12

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. כמו כן אני מתחייב להודיע על כל יציאה לחו"ל לתקופה העולה על שלושה חודשים.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך _____ שם החותם _____ חתימת התובע * _____

13

פרטי החותם על התביעה שאינו התובע

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|-------|---------|----------------|
| תעודת זהות | | שם פרטי | | | שם משפחה |
|  | | | | | |
| מיקוד | יישוב | דירה | כניסה | מס' בית | רחוב / תא דואר |
| | | | | | |

* יחס קרבה * _____ ** הסיבה שבגינה הגיש תביעה **

* אם את/ה אפוטרופוס – יש לצרף צו מבית משפט
 ** אם אינך אפוטרופוס עלייך להמציא אישור רפואי על מצבו של התובע

נא למלא את מספר תעודת הזהות שלך



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
זקנה ושירים

נספח

**תביעה להשלמת הכנסה
(אין חובה למלא נספח זה)**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|------|--|---------------------------|
| <table border="1"> <tr> <td colspan="10">מס' זהות / דרכון</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">סוג המסמך</td> <td colspan="2">דפים</td> </tr> </table> | מס' זהות / דרכון | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | סוג המסמך | | דפים | | לשימוש פנימי בלבד (סריקה) |
| מס' זהות / דרכון | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| סוג המסמך | | דפים | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| |
|-------------------|
| חותמת קבלה |
|-------------------|

נספח זה מיועד למי שהכנסותיו נמוכות ומעוניין שנבחן את זכאותך להשלמת הכנסה כתוספת לקצבת אזרח ותיק.

| | | |
|----------|---------|------------------|
| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות ס"ב |
| | | |

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|--------|
| 1 פרטי בן/בת הזוג | | | |
| שם משפחה | שם פרטי | שם האב | שם האם |
| | | | |
| תאריך לידה | שנה | חודש | יום |
| | | | |
| מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> | | | |

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 2 פרטים על הון של התובעת/ושל בן/בת הזוג | | |
| שים לב: 1. יש למלא סכום בש"ח. 2. חובה לצרף לנספח זה דפי חשבון עובר ושב בעבור שלושת החודשים האחרונים ואישור על ריכוז תיק השקעות מכל הבנקים שבהם מנוהלים חשבונותיך. 3. אם לא קיים הון - חובה לסמן X. | | |
| הון בבעלות התובעת/ת | הון בבעלות בן/בת זוג התובעת/ת | פיקדונות ותכניות חסכון |
| | | |
| | | אגרות חוב וניירת חוב |
| | | גמלה ממשרד הקליטה / הסוכנות |
| | | פנסיה בחו"ל |
| | | רנטה בחו"ל |
| | | תגמולים ממשרד הביטחון או האוצר |

פרטים על נכסי התובעת/ושל בן/בת הזוג

שים לב:

- יש לפרט נכסים (רכוש והון) שהיו ברשות המבקש/ת ושל בן/בת הזוג ב- 5 השנים האחרונות.
- אם לא קיים נכס - חובה לסמן X.**

| סוג הרכוש או ההון | פרטים על הרכוש | אם נמכר, ציין את מועד המכירה | אם נמסר ללא תמורה ציין את מועד המסירה |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 1 בתים ודירות (פרט לדירת מגורים ולדירור מוגן) | כתובת: _____ גוש/חלקה: _____ בבעלותי: כן / לא שאני משכיר: כן / לא | שנה _____ חודש _____ יום _____ ש | שנה _____ חודש _____ יום _____ ש |
| 2 קרקע עירונית, קרקע חקלאית ומשק חקלאי (משק חי, פרדס, פלחה וכו') | מיקום: _____ גוש/חלקה: _____ | שנה _____ חודש _____ יום _____ ש | שנה _____ חודש _____ יום _____ ש |
| 3 עסק ושותפות בעסק (בית חרושת, בית מלאכה, חנות וכו') | יש / אין | שנה _____ חודש _____ יום _____ ש | שנה _____ חודש _____ יום _____ ש |
| 4 רכב | בבעלותי או בשימושי: כן / לא רכב ניידות: כן / לא לצורך טיפול רפואי: כן / לא | שנה _____ חודש _____ יום _____ ש | שנה _____ חודש _____ יום _____ ש |

4

פרטים אחרים

- אני חייב בתשלום דמי מזונות על פי פסק דין, בסכום חודשי של _____ ₪
- נפסקו לזכאותי דמי מזונות, בסכום חודשי של _____ ₪

5

אמצעי קיום

אם אין לך הכנסות, ציין את מקורות הקיום שלך:

- _____
- _____
- _____

6

הצהרת חשבונות בנק

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.

שם התובע _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה ✕ _____

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

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

כמו כן אני מתחייב להודיע על כל יציאה לחו"ל לתקופה העולה על שלושה חודשים.

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

תאריך _____ שם החותם _____ חתימת התובע * _____