



תביעה לקצבת זקנה כולל תביעה להשלמת הכנסה

חובה לצרף לטופס זה

- במקרה של הפסקה או צמצום בהיקף עבודה - יש לצרף על כך אישור מעביד.
- אישורים על הכנסה מהשכרת נכס (חוזה שכירות) ועל הכנסות מריבית או דיווידנד (אם יש).
- אם הינך שכיר/ה:** אישורים על הכנסות מעבודה (תלושי שכר) או אישורי מעביד מכל תקופת עיסוק ובפרט מהשנתיים האחרונות.

כיצד יש להגיש את התביעה

- עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.
- את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 12226050.
- לידיעתך - על פי חוק, לא תשולם הקצבה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (אחורה) מיום הגשתה.**
- לפרטים נוספים ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

ביטוח במדינות אחרות

- אם היית מבוטח/ת בביטוח סוציאלי באחת מהמדינות הבאות: אוסטריה, אורוגוואי, אנגליה, בלגיה, גרמניה, דנמרק, הולנד, נורבגיה, פינלנד, צרפת, צ'כיה, שווייץ, שוודיה, באפשותך לבקש בחינת זכותך לגימלה על פי אמנות לביטחון סוציאלי, עליהן חתמה מדינת ישראל.
- לשם כך נא לפנות בכתב לאגף קשרי חוץ, המוסד לביטוח לאומי, המשרד הראשי, שדרות ויצמן, ירושלים 91909, בציון שם המדינה בה היית מבוטח/ת.

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לקצבת זקנה
כולל תביעה להשלמת הכנסה

עמוד 1 מתוך 7

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

פרטי התובעת

1

תאריך לידה שנה חודש יום	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מספר זהות ס"ב
תאריך עליה שנה חודש יום	שם פרטי	שם משפחה

נא מלאו (רווקה, נשוי/אה, אלמנה, גרושה, פרודה, ידועה/בציבור, עגונה), החל מגיל **18** או מתאריך העלייה

מרב משפחתי ראשון	מצב משפחתי שני	תאריך	מצב משפחתי שלישי	תאריך	מצב משפחתי רביעי	תאריך

כתובת

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי 0	טלפון נייד 0
---------------------	---------------------

אני מאשר/ת קבלת הודעות SMS

כתובת למכתבים (אם שונה מכתובת מגורים)

רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

פרטי ילדים עד גיל 22

2

מספר זהות	שם הילד/ה		תאריך לידה	שם האב	ילד/ה מעל גיל 18 לומד/ת / בשירות* / אחר
	שם פרטי	שם משפחה			

* שירות בצה"ל / קד"צ / עתודה / שירות לאומי / שרות בהתנדבות

פרטים על ילדים נוספים רשומי בדף נפרד

יש לצרף אישורים רק אם לומד/ת או בשרות לאומי

אי מילוי סעיף זה ימנע בחינת זכאותך לתוספת לקצבה עבור ילדיך

3

פרטי הכנסותיך לאחר גיד פרישה (הגיד שבו הינך זכאי לקצבת זקנה)

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

מקור הכנסה	אין X	יש X	סכום הכנסה חודשי
עבודה (שכר, תמלוגים ...)			
הכנסות מהשכרת נכס			
ריבית מחסכונות* או דיווידנד ממניות			

* יש למלא את הסכום הכולל של הכנסות מהשכרת נכס, ריבית או דיווידנד העולה על 8,000 ₪ (ברוטו) לחודש

יש לצרף אישורים על עבודה והכנסות מהשכרת נכס (חוזה שכירות), ריבית או דיווידנד.

אי מילוי סעיף זה במלואו יביא לעיכוב בטיפול ואף לדחיית התביעה

4

תקופת עבודה ועיסוק

נשים מתבקשות למלא תקופות עבודה ועיסוק החל מגיל 18 ועד למועד הגשת התביעה, ובפרט מהשנתיים האחרונות. גברים מתבקשים למלא תקופות עבודה ועיסוק רק מהשנתיים האחרונות.

כל תקופת עיסוק עשויה להגדיל את קצבתך

קרבה למעביד (בן/ת הזוג, אח/ות, בן/ת, הורה)	מקום עבודה (על שכירה/ה לציין את שם המעביד/ה והעסק, עצמאית/ת רק את שם העסק)	סוג עיסוק (שכירה/ה / עצמאית/ת)	התקופה	
			עד תאריך	מתאריך
				1.
				2.
				3.
				4.
				5.
				6.

אם אין מספיק מקום, נא לרשום את הפרטים בדף נפרד

על שכיר לצרף אישור מעביד או תלושי שכר על כל תקופה שדווחה על ידו/ה.

5

אישור מעביד אחרון

שם המעביד	מספר תיק ניכויים	המתנהל בסניף
הנני מאשר כי:		
שם העובד (משפחה)	שם העובד (פרטי)	מספר זהות ב"ס
<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"/> 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 X _____

6 עבודה ועיסוק לאחר גיל פרישה

6

אני ממשיך/ה לעבוד בהיקף מלא

* הפסקתי / אפסיק לעבוד מתאריך

* אצמצם את היקף עבודתי מתאריך



והכנסתי ברוטו תהיה _____ שם לחודש

* יש לצרף אישור מעביד במקרה של הפסקה או צימצום היקף העבודה.

7 פרטים על שהות בחו"ל

7

יש לציין רק תקופות העולות על 5 שנים מיום 1.4.1954 או מיום העלייה

מתאריך	עד תאריך	מטרת השהות (יש לציין באיזו מדינה)

8 פרטי בן/בת הזוג

8

גר/ה איתי <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	תאריך לידה 	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מספר זהות ס"ב
תאריך עלייה 	שם האב	שם משפחה	שם פרטי
כתובת בן/בת הזוג - למלא רק אם הכתובת שונה מכתובתך			
מיקוד / ת.ד.	יישוב	דירה	כניסה
			מס' בית
			רחוב

9 הכנסות בן/בת הזוג

9

יש למלא רק אם בן הזוג צעיר מגיל 70 או בת הזוג צעירה מגיל 67

אי מילוי סעיף זה לא יאפשר בחינת מתן תוספות קצבה בעד בן/בת הזוג

מקור הכנסה	אין X	יש X	סכום הכנסה חודשי
עבודה (שכר, תמלוגים ...)			
פנסיה בישראל			
פנסיה ו/או רנטה מחו"ל			
הכנסות מהשכרת נכס			
ריבית מחסכונות* או דיווידנד ממניות			

* יש לצרף אישורים על כל מקור הכנסה

חבר קיבוץ או מושב שיתופי

10

שם החברה/ _____ חבר קיבוץ מתאריך _____
 צמצם/ה עבודתו/ה בתאריך _____ ל _____ שעות שבועיות

חותרמת הקיבוץ / המושב השיתופי ✕ _____

יש לצרף אישורים בדברי סידורי העבודה של הקיבוץ מהחודשיים האחרונים

פרטי חשבון הבנק של התובעת/ת

11

אני מבקש/ת שהקצבה תשולם לי בחשבון:

שמות בעלי החשבון

מספר חשבון	מספר סניף	שם הסניף / כתובתו	שם הבנק

החשבון מתנהל על שם הקיבוץ / המושב השיתופי

אני/ו מתחייב/ים להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימו/ם על טופס עדכון החשבון.

אני/ו מסכימ/ים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.

אני מסכימ/ה שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

אנו השותפים לחשבון, מתחייבים להשתמש בכספי הקצבה, שיופקדו לחשבון, עבור מקבל הקצבה.

_____ ✕ _____ ✕ _____
 תאריך חתימת התובעת/ת חתימת/חתימות בעלי החשבון קרבה לתובע

הצהרה

12

אני החתום/ה מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין 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 זכותי לגמלה או על יצירת חוב ועל כן, אני מתחייב/ת להודיע על כל שינוי תוך 30 יום.

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

היעדר חתימות על גבי הטופס יגרום להחזר התביעה לתובע

_____ שם החותם/ת _____ חתימת התובעת/ת ✕ _____ תאריך


פרטי החותם על התביעה עבור אדם אחר

שם פרטי		שם משפחה			תעודת זהות ב"ס
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב
טלפון קווי			טלפון נייד		

* יחס קרבה * ** סיבת הגשת התביעה על ידו/ה **

* אם יחס הקרבה אינו מדרגה ראשונה, יש לצרף כתב מינוי מביטוח לאומי *
 ** יש לצרף אישור רפואי או צו בית משפט **

תביעה להשלמת הכנסה

מספר זהות ב"ס 	שם פרטי	שם משפחה
<p>(אין חובה למלא דף זה)</p> <p>אם הכנסותיך נמוכות והנך מעוניין/ת שנבחן את זכאותך להשלמת הכנסה כתוספת לקצבת הזקנה, נא מלא/י טופס זה.</p> <p>☞ חובה לצרף לנספח זה דפי חשבון עובר ושב עבור שלושת החודשים האחרונים ואישור על ריכוז תיק השקעות מכל הבנקים בהם מנוהלים חשבונותיך.</p>		

I פרטים על הון של התובעת/ו או בן/ת הזוג אם יש – נא למלא סכום בשקלים. אם אין – נא לסמן X		
בן/ת הזוג	התובעת/ת	
		פקדונות ותוכניות חסכון
		אגרות חוב וניירת חוב
		גמלה ממשרד הקליטה / הסוכנות
		פנסיה / רנטה מחו"ל
		תגמולים ממשרד הבטחון / האוצר

II פרטים על נכסי התובעת/ו או בן/ת הזוג יש לפרט רכוש והון שהיו ברשות המבקש/ת/ו או בן/בת הזוג ב- 5 השנים האחרונות. אם אין רכוש או הון נא לסמן X			
אם נמסר ללא תמורה, ציין מועד מסירה	אם נמכר, ציין מועד המכירה	פרטים על הרכוש	סוג הרכוש או הון
		כתובת: גוש/חלקה: בבעלותי: כן / לא שאני שוכר/ת: כן / לא	בתים ודירות (פרט לדירת מגורים ולדיר מוגן)
		מקום: גוש/חלקה:	קרקע עירונית, קרקע חקלאית ומשק חקלאי (משק חי, פרדס, פלחה וכו')
		יש / אין	עסק ושותפות בעסק (בית חרושת, בית מלאכה, חנות וכו')
		בבעלותי או בשימושי: כן / לא רכב ניידות: כן / לא לצורך טיפול רפואי: כן / לא	רכב

פרטים אחרים

III

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

נפסקו לזכותי דמי מזונות, בסכום חודשי של _____ ₪

אמצעי קיום

IV

אם אין לך הכנסות, ציין את מקורות הקיום שלך: _____

תאריך _____ שם החותם _____ חתימת התובע/ת * _____