



בקשה לתשלום עפ"י חוק המזונות

חובה לצרף לטופס זה

- ✍ פסק דין לתשלום מזונות - מקור + עותק אחד בחותמת בית הדין "מתאים למקור"
- ✍ אישור על סגירת תיק הוצל"פ (במידה ונפתח על ידך בעבר).
- ✍ אישורים על הכנסות מכל המקורות (עבודה, פנסיה וכדומה).
- ✍ דפי חשבון בנק משלושת החודשים שקדמו להגשת התביעה.

כיצד יש להגיש את התביעה

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

חובה לחתום על טופס התביעה

3

הכנסות הזוכה (יש לצרף 3 תלושי שכר ואישורים מתאימים)

- אישה ללא הכנסות
- הפסקת עבודה מתאריך _____
- הכנסות מכל מקומות העבודה (נא לצרף אישור)
- מפנסיה, מלגה (נא לצרף אישור)
- מזונות מחייב אחר: סכום _____ מתאריך _____
- אחר (כגון שכ"ד, נכסים או תשלומים אחרים): סכום _____ (נא לצרף חוזה שכירות)
- נא צרפי ריכוז יתרות מכל חשבונותיך בבנק נכון להיום.**
- וכן תנועות עו"ש מחשבון הבנק ל - 3 חודשים אחרונים.**
- אישה ללא ילדים שטרם מלאו לה 60 שנה
- יכולת כלכלה עצמית כן לא, מתאריך _____

4

פרטים אישיים של הילדים

1	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות הילד ס"ב
	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מקום המצאו	תאריך לידה שנה חודש יום
	האם האב חייב בתיק <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	שם האב	מספר זהות האב ס"ב
	בהחזקת בעל התיק מ _____ עד _____ יכולת כלכלית עצמית מ _____ עד _____		
2	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות הילד ס"ב
	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מקום המצאו	תאריך לידה שנה חודש יום
	האם האב חייב בתיק <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	שם האב	מספר זהות האב ס"ב
	בהחזקת בעל התיק מ _____ עד _____ יכולת כלכלית עצמית מ _____ עד _____		
3	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות הילד ס"ב
	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מקום המצאו	תאריך לידה שנה חודש יום
	האם האב חייב בתיק <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	שם האב	מספר זהות האב ס"ב
	בהחזקת בעל התיק מ _____ עד _____ יכולת כלכלית עצמית מ _____ עד _____		

פרטים אישיים של הילדים - המשך

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות הילד ס"ב	4
מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	מקום המצאו	תאריך לידה שנה חודש יום	
האם האב חייב בתיק כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	שם האב	מספר זהות האב ס"ב	

בהחזקת בעל התיק מ _____ עד _____ יכולת כלכלית עצמית מ _____ עד _____

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות הילד ס"ב	5
מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	מקום המצאו	תאריך לידה שנה חודש יום	
האם האב חייב בתיק כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	שם האב	מספר זהות האב ס"ב	

בהחזקת בעל התיק מ _____ עד _____ יכולת כלכלית עצמית מ _____ עד _____

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות הילד ס"ב	6
מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	מקום המצאו	תאריך לידה שנה חודש יום	
האם האב חייב בתיק כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	שם האב	מספר זהות האב ס"ב	

בהחזקת בעל התיק מ _____ עד _____ יכולת כלכלית עצמית מ _____ עד _____

פרטי חשבון הבנק של הזוכה / אפוסטרופוס

5

שמות בעלי החשבון			
מספר חשבון	מספר סניף	שם הסניף / כתובתו	שם הבנק

אני/ו מתחייב/ים להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני/ו מסכים/ים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.

אני/ו מסכים/ים 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.

תאריך _____ חתימת/חתימות השותפים לחשבון * _____

נתונים של החייב

I פרטים אישיים של החייב

I

תאריך לידה			מספר זהות ס"ב			שם פרטי	שם משפחה
יום	חודש	שנה					
כתובת							
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב		
דואר אלקטרוני		מספר טלפון נייד			מספר טלפון קווי		
		0			0		
כתובת נוספת							
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב		
<input type="checkbox"/> תושב ישראל <input type="checkbox"/> תושב חו"ל <input type="checkbox"/> אסיר מ- _____ עד _____ <input type="checkbox"/> מאושפז מ- _____ עד _____ <input type="checkbox"/> שרות צבאי מ- _____ עד _____ <input type="checkbox"/> פושט רגל מ- _____ <input type="checkbox"/> פסול דין מ- _____							

II פרטי מקום עבודה

II

חייב שכיר

שם המעסיק / חברה							
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב		
פקס				מספר טלפון קווי			
0				0			
חייב שאינו שכיר							
מקצוע				שם העסק			
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב		

III פרטי בנק

III

מספר חשבון	מספר סניף	שם הסניף / כתובת	שם הבנק

IV הכנסות נוספות

IV

הכנסות נוספות של החייב: (כגון שכ"ד וכו') _____

נכסים (דירה על שם החייב, רכב בבעלות או בהחזקתו וכו'): _____

גמלאות: _____

הערות: _____

בקשה לביצוע פסק דין

I	פרטי הזוכה שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות הזוכה ס"ב

II	פרטים על החייב וסטטוס החוב מספר זהות החייב ס"ב	מספר פסק דין	בתוקף מיום

פרטים בדבר נקיטת הליכי הוצאה לפועל

האם ננקטו הליכים בהוצאה לפועל לגבי פסה"ד למזונות המצ"ב ? לא כן - צרף אישור על סגירת התיק

פרטים בדבר קבלת תשלום מהחייב

לא קיבלתי מהחייב או מטעמו ואף אינני מקבלת היום תשלום על סמך פסק הדין למזונות המצ"ב.

קיבלתי מהחייב או מטעמו על סמך פסק הדין למזונות המצ"ב תשלום עד חודש _____

קיבלתי מהחייב הבטחת הכנסה כן לא מ _____ עד _____

פרוט מקורות המחיה: _____

אני מבקשת לאשר את הבקשה מיום _____

לידיעתך: על פי חוק, לא ישולמו דמי מזונות לתקופה העולה על 12 חודשים מיום הגשת הבקשה

III	הצהרה
<p>אני החתום/ה מטה תובע/ת בקשה לתשלום מזונות ומצהיר/ה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים. ידוע לי כי מסירת 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.</p> <p>כמו כן אני מתחייב/ת להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ (עד כאן לה"ה, ליתר) לתקופה העולה על 3 חודשים.</p>	
תאריך _____	חתימת הזוכה x _____

לשימוש המוסד בלבד	
תאריך	חתימת פקיד תביעות