



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; flex-direction: column; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>מס' זהות</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>סוג</span> <span>דפים</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>המסמך</span> </div> </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
--	------------------------------------	------------

### תביעה למענק לימודים - גרושה

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מס' פניה (לא למילוי)

על פי מידע שהתקבל במוסד לביטוח לאומי ממשרד הפנים הנך גרושה. נא מלאי את התביעה לצורך בדיקת זכאותך לתשלום מענק לימודים.

### 1 פרטי האב / פרטי בן הזוג (המבוטח)

מספר זהות ב"ס	שם פרטי	שם משפחה											
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 100px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 100px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 100px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 100px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 100px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 100px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 100px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 100px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 100px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 100px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 100px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>													

### 2 הצהרה

אני מצהירה בזאת שאני גרושה מתאריך \_\_\_\_\_ ואין עמי בן זוג הידוע בציבור.  
 אני מצהירה בזאת שאני גרושה מתאריך \_\_\_\_\_ ויש עמי בן זוג ידוע בציבור מתאריך \_\_\_\_\_.

אני החתומה/מטה מצהירה/בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. אני מצהירה/בזה שאין עימי בן זוג הידוע בציבור.

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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכותי לגמלה או על יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת/ת להודיע על כל שינוי תוך 30 יום. כמו כן אני מתחייבת/ת להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

אני מסכים 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 התובעת/ת / מקבלת הגמלה ✕ \_\_\_\_\_