

## בקשה לתגמול לתלויים באסירי ציון שנפטרו על פי חוק התגמולים לאסירי ציון ולבני משפחותיהם

### כללי

בקשה תוגש ע"י אלמנ/ה<sup>1</sup> של אסיר ציון, שקיבל גימלה מהמוסד לביטוח לאומי בגין הכרתו כאסיר ציון ונפטר לאחר 1.1.99.

### הנחיות כלליות למילוי הבקשה

- א. הנך מתבקש/ת למלא את הטופס בכתב יד ברור.
- ב. בכל סעיף בו מופיעה שאלה שלידה משבצת - , הנך מתבקש/ת לסמן X בתשובה המתאימה.
- ג. מספר זהות יש לרשום, כפי שהוא רשום בתעודת הזהות.

### הנחיות לסעיפים השונים

הנחיות למילוי הטופס מצויות בסעיפים השונים.  
להלן הנחיות המצריכות הסבר מפורט:

#### 1. סעיף 8 - מקום תשלום

יש לרשום במדויק את שם הבנק וכתובתו, מספר החשבון ומספר הסניף.  
יש לסמן במשבצת המתאימה על שם מי מתנהל החשבון.  
התגמול יועבר רק לחשבון המתנהל על שמך.

#### 2. סעיף 11 ימולא:

- א. כאשר מגיש הבקשה לתגמול איננו האלמנ/ה וזאת במקרה שהאלמנ/ה אינו מסוגלת לגבות את התגמול עקב מצב בריאותו/ה. במקרה כזה, יש לצרף אישור רפואי על מצב האלמנ/ה, ולרשום את יחס הקירבה לאלמנ/ה כגון: אח, בן, בת.
- ב. כאשר מגיש הבקשה לתגמול הוא ילד (לפי חוק הביטוח הלאומי).

### תעודות או אישורים שיש לצרף לבקשה לתגמול

1. במידה שאין אלמנ/ה זכאית ויש ילד, יש לצרף אישורים על: לימודים, שירות בצה"ל / קד"צ / עבודה / שירות לאומי / שירות בהתנדבות.

### כיצד להגיש את הבקשה?

את טופס הבקשה יש לשלוח ל:

המוסד לביטוח לאומי  
 תחום אסירי ציון  
 שד' ויצמן 13  
 מיקוד 91909 ירושלים  
 לברורים ושאלות: 02-6463217

<sup>1</sup> אם אין אלמנ/ה תוגש הבקשה ע"י "ילד" (עד גיל 22) בכפוף להגדרה בחוק.

**עמוד 2 מתוך 4**

<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																			
מס' זהות																			
סוג		דפים		המסמך															

**בקשה לתגמול תלויים של אסיר ציון נכה שנפטר**

**1. פרטי המנוח/ה**

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב
שם האב	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	מצב משפחתי אחרון	מתאריך

**2. כתובת המנוח/ה**

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
------	----------	-------	------	-------	-------

**3. פרטי הפטירה**

תאריך פטירה \_\_\_\_\_ .

**4. פרטי האלמן/ה**

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב
שם האב	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		

**5. כתובת מגורים**

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
------	----------	-------	------	-------	-------

אני מתגורר/ת בכתובת זו החל מ- \_\_\_\_\_ .

**6. מען למכתבים**

ימולא רק אם כתובת המגורים אינה זהה למען למכתבים

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	אצל
------	----------	-------	------	-------	-------	-----

עמוד 3 מתוך 4

7. פרטי ילדים עד גיל 22

מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	שם האב	תאריך לידה	מין	ילד מעל גיל 18 - לומד או בשירות* רשום את שם המוסד הלימודי או סוג השירות

\* כולל שירות בצה"ל / קד"צ / עתודה / שירות לאומי / שירות בהתנדבות

8. מקום תשלום

שמות בעלי החשבון	סוג החשבון	<input type="checkbox"/> פרטי	<input type="checkbox"/> קיבוץ
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מספר הסניף	מספר החשבון

9. פרטים נוספים על האלמן / האלמנה

סמן X במקום המתאים

הייתי בן/בת זוגו של המנוח/ה	כן	לא		
	מ-	עד	מ-	עד
הייתי בנפרד מן המנוח/ה	מ-	עד	מ-	עד
משתלמת לי קיצבה מהביטוח לאומי	סוג הקיצבה			
הגשתי תביעה לקצבת שאירים	בתאריך			
הגשתי תביעה לקצבת תלויים בנפגעי עבודה	בתאריך			
הגשתי תביעה לקצבת שאירים מיוחדת	בתאריך			
אני שוהה במוסד	שם המוסד	הוצאות החוקתי ממומנות ע"י		

10. פרטים על הכנסות של האלמן (רק אם מגיש הבקשה הינו האלמן)

סוג הכנסה	הסכום	במועד (חודש ושנה)
עבודה		
פנסיה בישראל		
פנסיה או רנטה מחו"ל		
שכר דירה, דיוידנד, הכנסה מרכוש		
הכנסה אחרת כולל גימלאות מהאוצר, ממשרד הביטחון וכ"י (נא לציין המקור)		

11. פרטי מגיש הבקשה שאינו האלמן או האלמנה של המנוח/ה (כולל ילד המגיש את הבקשה בעצמו או מי שמגיש את הבקשה בשם ילד)

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב	יחס קירבה

סיבת הגשת הבקשה על ידו/ידיה: \_\_\_\_\_

**כתובת מגיש הבקשה**

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

**הצהרה**  
 אני מצהיר/ה כי כל הפרטים בבקשה הם נכונים ומלאים. ידוע לי כי מסירת פרטים לא נכונים או העלמת פרטים, מהווה עבירה על החוק וכי המוסד לביטוח לאומי רשאי לתבוע החזר כל סכום ששולם שלא כדין. אם יחול שינוי בפרטים שמסרתי כגון במצב המשפחתי, בכתובת, אודיע על כך מיד למוסד לביטוח לאומי. כמו כן אני מתחייבת/ת להודיע על יציאה לחו"ל לתקופה העולה על 6 חודשים. אני מסכים/ה שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או בחלקו שולם בטעות או שלא כדין. כמו כן אני מתחייבת/ת להודיע על הפסקה מוקדמת של השירות הסדיר בצה"ל של ילד בגלל לימודים כעתודאי או מסיבה אחרת.

תאריך \_\_\_\_\_ שם החותם \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_