



תביעה להבטחת הכנסה - טופס למילוי עצמי

ברצוננו לסייע לך להגיש תביעה ללא המתנה מיותרת. נא קרא/י את ההסברים ומלא/י במדויק את ההנחיות.
בטרם מילוי טופס התביעה - ודא/י שאת/ה עומד/ת בקריטריונים הנדרשים לקבלת גמלה להבטחת הכנסה:

מי זכאי לקבלת גמלה להבטחת הכנסה?

☞ תושב ישראל שאין לו הכנסה כלל, או שהכנסתו נמוכה.

מי אינו זכאי לקבלת גמלה?

☞ אדם הנמצא במוסד, וכל החזקתו על חשבון אוצר המדינה, כולל בית סוהר (בן/בת הזוג של אדם זה יכול/ה לבדוק זכאות בנפרד!).

☞ אדם המשרת שירות חובה בצה"ל ואשתו/בעלה.

☞ חבר/ת קיבוץ או מושב שיתופי.

☞ תלמיד/ת ישיבה או מוסד תורני.

☞ תלמיד/ה הלומד במוסד לימודים על תיכונים או מוסד להשכלה גבוהה, פרט להורה יחיד.

יש למלא את טופס התביעה בעברית בלבד!

כמה דברים שכדאי לך לדעת:

☞ זכאותך לגמלה תבחן לכל המוקדם כחודש ממשירת טופס מלא זה בסניף. לכן, הגש/י את הטופס ללא דיחוי, גם אם חסרים לך חלק מהמסמכים שיש לצרף.

☞ השלם/י את המסמכים החסרים בתוך 21 יום ממועד מסירת הטופס.

☞ אם הינך נשוי/אה, או אם הינך גר/ה עם בן/בת זוג – זכאותכם מותנית בקיום התנאים והדרישות ע"י שניכם.

☞ תעודת הזהות שלך חייבת להיות מעודכנת (כתובת, מצב משפחתי, הולדת ילדים וכו'), כדי למנוע עיכוב בטיפול בתביעתך.

שים/י לב! לפני הגשת הטפסים לסניף – נא ודא/י כי:

☞ מילאת את כל הפרטים שלך ושל בן/בת זוגך בכל המקומות בטופס.

☞ חתמת בכל המקומות המסומנים לכך, כולל חתימות בן/בת הזוג.

☞ פירטת את סיבת הגשת התביעה כנדרש, במקום המיועד לכך בטופס.

☞ צירפת את כל המסמכים שנדרשו. אם יש קושי בהמצאת מסמך מסוים – נא ציין/י את הסיבה לכך.

טופס תביעה שלא מולאו בו כל הפרטים – יוחזר!

כיצד מגישים את טופס התביעה?

☞ **עמודים 1 עד 11** - הכנס/י לתיבת השירות בסניף, או שלח לסניף באמצעות דואר ישראל.

☞ **עמוד 14** - מסור לשירות התעסוקה אם את/ה ו/או בן/בת זוגך נדרשים להתייצב בשירות התעסוקה.

☞ לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון שמספרו 6050* או 12226050.

☞ לפרטים נוספים ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

מספר זהות / דרכון ס"ב		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
סוג המסמך 0 1	דפים	

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות



תביעה לגמלה להבטחת הכנסה

1 פרטי התובעת/ת (נא מלא/י את הפרטים בשפה העברית)

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
שם האב	שם האם	תאריך לידה שנה חודש יום
מצב משפחתי נוכחי <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור		האם את/ה מתגוררת/ת עם בן/בת זוג? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
פרודה/ה אם הינך פרודה/ה – ממת? _____ מלא/י גם סעיף 3		אם כן - נא מלא/י פרטי בן/בת הזוג בסעיף 2
כתובת		
רחוב	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד
טלפון בבית	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
<input type="checkbox"/> אני מאשר/ת קבלת הודעות SMS		
פרטי הדירה בה אני מתגוררת/ת: <input type="checkbox"/> בבעלותי <input type="checkbox"/> בהשכרה <input type="checkbox"/> אחר, פרטי: _____		
כתובת למכתבים (אם שונה מכתובת מגורים)		
רחוב	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד

2 פרטי בן/בת הזוג שאיתו/איתה מתגוררת

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	שם האם
תאריך לידה שנה חודש יום	מספר זהות ס"ב		
מצב משפחתי נוכחי: <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור <input type="checkbox"/> פרודה/ה			

3 פרטי בן/בת הזוג בנפרד (מלא/י חלק זה רק אם אינו/ה מתגוררת/ת איתך)

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה שנה חודש יום	מספר זהות ס"ב
כתובת		רחוב	מס' בית
		דירה	יישוב
		מיקוד	
טלפון בבית	טלפון נייד		

פרטי ילדים עד גיל 22

4

האם גר איתך?	תאריך לידה	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> ציין/י היכן: _____	שנה חודש יום				1.
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> ציין/י היכן: _____	שנה חודש יום				2.
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> ציין/י היכן: _____	שנה חודש יום				3.
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> ציין/י היכן: _____	שנה חודש יום				4.
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> ציין/י היכן: _____	שנה חודש יום				5.
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> ציין/י היכן: _____	שנה חודש יום				6.

- < אם יש לך ילדים נוספים – נא להוסיף את הפרטים שלהם בדף נפרד.
- < אם יש לך ילדים בגילאים 18-22 הנמצאים באחת מהמסגרות המפורטות להן, נא צרף/י אישור מהגורם המתאים:
 - לימודים תיכוניים או לימודים להשלמת בגרות
 - התנדבות למטרה ציבורית או לאומית לפני השירות בצה"ל
 - שירות לאומי
 - שוחר במסגרת קדם צבאית או עתודה באישור צה"ל

מלא/י את הטבלה שלהלן (חובה למלא גם אם לא קיים ברשותך רכב!)

5

ילדים עד גיל 22 (כמפורט בסעיף 4 לעיל)	לב/בת זוג	לתובעת	
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> שם הילד: _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם יש רישיון נהיגה?
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> מס' רכב: _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> מס' רכב: _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> מס' רכב: _____	האם יש רכב בבעלות?
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> מס' רכב: _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> מס' רכב: _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> מס' רכב: _____	האם יש רכב בשימוש?

האם הרכב שבבעלותך או בשימושך נדרש לצרכים רפואיים, שלך או של בני משפחתך (בן/בת זוג, ילד/ה, הורה בלבד)?

כן לא אם כן - נא להביא מהרופא המטפל אישור על מצבו הרפואי של החולה, מספר טיפולים בחודש ותכנית טיפול מהמוסד המטפל.

בעלת רכב:

- < מי שבבעלותו, בשימוש או ברשותו רכב, אינו זכאי לגמלה להבטחת הכנסה, אלא אם כן מדובר ב"רכב נידות" או רכב המיועד לצרכים רפואיים (שלך או של אחד מבני המשפחה, רכב המשמש ילד/ה נכה).
- < אם את/ה או בן/בת זוגך עובדים בשכר (מעל 25% מהשכר הממוצע במשק ועד להכנסה המינימאלית הנדרשת למחיה ע"פ חוק הבטחת הכנסה), ובעלותכם או בשימושכם רכב, לא תישלל זכאות ובלבד שנפח המנוע עד 1,300 סמ"ק וגילו 7 שנות ייצור, או עד נפח מנוע 1,600 סמ"ק וגילו 12 שנות ייצור.
- < אם הינך חולה לפחות 30 ימים רצופים, הינך רשאי/ת להפקיד את הרישיונות במשרד הרישוי לתקופת המחלה. יש לצרף אישור מקורי ממשרד הרישוי.

פרטים על לימודים

6

האם את/ה לומד/ת? לא כן, נא פרטי/ למטה:

שם המוסד / מקום הלימודים	שם קורס / תואר								
מועד התחלת הלימודים	מועד סיום הלימודים								
<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש			<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש		
שנה	חודש								
שנה	חודש								
סוג תעודה בסיום הלימודים: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> תעודת סיום קורס <input type="checkbox"/> תעודת מקצוע של משרד העבודה / תמ"ת או משרד ממשלתי אחר <input type="checkbox"/> תעודת טכנאי / הנדסאי <input type="checkbox"/> מכינה לאוניברסיטה / פסיכומטרי <input type="checkbox"/> בוגר אוניברסיטה (B.A.) <input type="checkbox"/> אחר, פרטי: _____ יש לצרף אישור ממקום הלימודים									

א

האם בן/בת זוגך לומד/ת? לא כן, נא פרטי/ למטה:

שם המוסד / מקום הלימודים	שם קורס / תואר								
מועד התחלת הלימודים	מועד סיום הלימודים								
<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש			<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש		
שנה	חודש								
שנה	חודש								
סוג תעודה בסיום הלימודים: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> תעודת סיום קורס <input type="checkbox"/> תעודת מקצוע של משרד העבודה / תמ"ת או משרד ממשלתי אחר <input type="checkbox"/> תעודת טכנאי / הנדסאי <input type="checkbox"/> מכינה לאוניברסיטה / פסיכומטרי <input type="checkbox"/> בוגר אוניברסיטה (B.A.) <input type="checkbox"/> אחר, פרטי: _____ יש לצרף אישור ממקום הלימודים.									

ב

סיבת הגשת התביעה

7

א. מדוע את/ה מגיש את התביעה? _____

ב. כיצד התקיימת בשנה האחרונה? (מה היו מקורות ההכנסה שלך ושל בן/בת זוגך? איך שילמת את ההוצאות הבסיסיות שלך, כגון כלכלה, מיסים, חשבונות, והוצאות הבית?) _____

ג. מה העיסוקים שלך ושל בן/בת זוגך במשך היום ובמשך השבוע? _____

ד. אם פנית לעובד/ת סוציאלית - נא ציין/י: שם העובד/ת הסוציאלית: _____ מספר טלפון של עובד סוציאלית: _____ שם וכתובת הלשכה: _____

מקור הכנסה/נכס	לתובעת	לב/בת הזוג
שכר עבודה	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
פנסיה בישראל	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
פנסיה או רנטה בחו"ל	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
תגמולים ממשד הביטחון או האוצר	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
דמי שכירות מנכס	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
מזונות	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
גמלה ממשד הקליטה/סוכנות	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
השקעות בחברה לניהול פנינסי	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
אחר	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____

נא לצרף אישורים המעידים על הכנסותיך (לדוגמא: הכנסה מפנסיה – תלוש פנסיה).

האם את/ה משלמת מזונות? לא כן, סכום: _____ אם כן - נא לצרף פסק דין והוכחת תשלום

הצהרת חשבונות בנק

- א. בטבלה שלהלן נא הצהרי על כל החשבונות המתנהלים בבנקים על שמך, שם בן/בת זוגך וכן של ילדיך.
- ב. נא צרף/י להצהרתך אישור או תדפיס ממכשירי המידע האוטומטיים של הבנקים (ריכוז/שיעור יתרות כלליות).
- ג. לגבי קופת גמל נא לציין תאריך פתיחה.
- ד. אם אין לך חשבון מסוג מסוים – סמן "אין".

הצהרה: אני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזאת כי על שמי ו/או על שם בן/בת זוגי ו/או על שם הילד שבחזקתי קיימים חשבונות בבנק כדלקמן:

סוג חשבון	סמן משבצת	שם בעל חשבון	מספר חשבון	שם בנק	שם סניף	מס' סניף
1. חשבונות עו"ש	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש	_____	_____	_____	_____	(____) (____) (____)
2. פיקדונות שקליים	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש	_____	_____	_____	_____	(____) (____) (____)
3. פיקדונות מט"ח	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש	_____	_____	_____	_____	(____) (____) (____)
4. חשבונות עו"ש	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש	_____	_____	_____	_____	(____) (____) (____)
5. פיקדונות שקליים	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש	_____	_____	_____	_____	(____) (____) (____)

הצהרת חשבונות בנק-המשך

סוג חשבון	סמן משבצת	שם בעל חשבון	מספר חשבון	שם בנק	שם סניף	מס' סניף
6. פיקדונות מט"ח	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש	_____	_____	_____	_____	(_____) (_____) (_____)
7. תוכניות חיסכון	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש	_____	_____	_____	_____	(_____) (_____) (_____)
8. קופות גמל	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש	_____	_____	_____	_____	(_____) (_____) (_____)
9. ניירות ערך	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש	_____	_____	_____	_____	(_____) (_____) (_____)
10. אחר	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש	_____	_____	_____	_____	(_____) (_____) (_____)

אני מצהיר/ה שכל הפרטים שמסרתי בנוגע לחשבונות בבנק הינם נכונים ומלאים, ואין לי חשבונות אחרים בבנקים הנ"ל או בבנקים אחרים. אני מתחייב/ת להודיע למוסד לביטוח לאומי על פתיחת חשבונות נוספים על שמי ו/או שם בן/בת זוגי ו/או הילדים. מצ"ב אישורים ממכשירי המיכון האוטומטיים של הבנקים על חשבונותיי או אישור מפקיד הבנק.

שם התובע/ת _____ תעודת זהות _____ חתימה תאריך _____
 שם בן/בת הזוג _____ תעודת זהות _____ חתימה תאריך _____

פרטי חשבון הבנק של התובע/ת

11

להלן פרטי החשבון שאליו יש לשלם את הגמלה, אם תאושר זכאות.

יש להמציא אישור מהבנק על פרטי בעלי החשבון (מס' תעודת זהות, מס' חשבון בנק, כתובת), או המחאה מבוטלת.

שמות בעלי החשבון (כולל שותפים)

שם הבנק	שם הסניף	כתובת הסניף	מספר סניף	מספר חשבון
_____	_____	_____	_____	_____

אם חשבון הבנק אליו תופקד הגמלה מוגבל, נא לחתום על ההצהרה הבאה:

ידוע לי שהחשבון נמצא ברשימת החשבונות המוגבלים, וכי הבנק לא יאפשר לי למשוך כספים מחשבון זה. אני מתחייב/ת בזה שלא להעלות כנגד המוסד לביטוח לאומי כל טענה כנגד תשלום לחשבון זה, או כל טענה בגין אי קבלת הכספים.

שם התובע/ת _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה
 שם בן/בת הזוג _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה

הערה חשובה: הגמלה תועבר רק לחשבון הרשום על שם התובע/ת או בן/בת הזוג.



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לגמלה להבטחת הכנסה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

עמוד 7 מתוך 14

מס' זהות / דרכון																			
<table border="1"> <tr> <td>3</td> <td>0</td> <td>סוג המסמך</td> <td colspan="7">דפים</td> </tr> </table>										3	0	סוג המסמך	דפים						
3	0	סוג המסמך	דפים																

12

שאלון נכסים
פרטי התובעת/ת

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

1. האם הדירה שבה אתה/גרה רשומה על שמך ו/או על שם בן/בת זוגך?

שם בעל הדירה: _____	קרבה משפחתית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרטי: _____
---------------------	--

2. האם בבעלותך או בבעלות בן/בת זוגך או ילדיך דירה / יחידת דיור / מבנה / חנות? אם יש יותר מאחת – ציין/י את כולן:

כתובת הדירה	גוש	חלקה	צדף/י אישור ממס רכוש / טאבו	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרטי: _____
-------------	-----	------	-----------------------------	---

3. האם הדירה הנוספת / יחידת דיור / מבנה / חנות, משמשת אדם אחר?

שם הדייר	מספר זהות	קרבה משפחתית?	צדף/י חוזה שכירות, אם יש	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרטי: _____
----------	-----------	---------------	--------------------------	---

4. האם הקרקע שעליה בנויה דירתך רשומה על שמך או על שם בן/בת זוגך?

שם בעל הקרקע	קרבה משפחתית?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרטי: _____
--------------	---------------	---

5. האם מעל הדירה שבה אתה/מתגורר, מתחיה או בסמוך לה, נבנו דירות נוספות המשמשות בן/בת משפחה או קרוב משפחה אחר?

כן, _____ לא, _____ נא מלא/י את הפרטים הנדרשים הבאים:

שם הדייר	מספר זהות	סוג קרבה	ע"ש מי רשומה הדירה?	מי מימן את בניית הדירה?	ממתי הדייר מתגורר בדירה?

נא לצרף: היתרי בנייה, קבלות על הוצאות הבנייה, אישור על מועד התחברות לחשמל, אישור תשלום ארנונה, חוזה שכירות, יפוי כוח בלתי חוזר

6. האם ילדיך גרים בדירות בבעלותם?

כן, ציין/י את שמותיהם: _____
לא, ציין/י את שמותיהם: _____

7. האם נתת נכס כלשהו במתנה ללא תמורה בחמש השנים האחרונות?

סוג הנכס	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרטי: _____
<input type="checkbox"/> קרקע <input type="checkbox"/> מבנה	

שם	מס' זהות	קרבת משפחה	תאריך העברה	צדף/י אישור מלשכת מקרקעין/ טאבו	למי ניתן הנכס?
----	----------	------------	-------------	---------------------------------	----------------

8. האם ברשותך / בבעלותך אדמות / קרקעות?

גוש	חלקה	שטח קרקע	צדף/י אישור ממס רכוש / טאבו / מנהל מקרקעי ישראל	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרטי: _____
-----	------	----------	---	---

9. האם נבנה מבנה כלשהו על האדמה / קרקע שבבעלותך / ברשותך?

באיזה שנה נבנה המבנה?	בבעלות מי המבנה?	קרבה	שם הדייר	סוג המבנה	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט/י: <input type="checkbox"/> מגורים <input type="checkbox"/> יחידת דיור <input type="checkbox"/> אחר

10. האם ברשותך / בבעלותך משק חקלאי?

לא כן

11. האם ברשותך / בבעלותך עדר צאן/בקר/גמלים?

לא כן, פרט/י: _____ סוג: _____ כמות: _____

12. פרטי ההורים (יש למלא סעיף זה רק לגבי הורים שאינם בחיים)

פרטי הורי התובע/ת	שם האב	מספר זהות	כתובת מגורים
פרטי הורי בן/בת הזוג	שם האב	מספר זהות	כתובת מגורים

13. נכסי ההורים (יש למלא סעיף זה רק לגבי הורים שאינם בחיים)

האם יש נכס פרטי לאב/יך?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט/י: _____	שם ישוב	גוש	חלקה
האם יש נכס פרטי לאמך?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט/י: _____	שם ישוב	גוש	חלקה
האם הורריך ירשו נכס? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט/י את נכסי הירושה (כמה מבנים, כמה דירות, מי גר בכל דירה): _____ _____				
האם יש נכס פרטי לאב/יך?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט/י: _____	שם ישוב	גוש	חלקה
האם יש נכס פרטי לאמך?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט/י: _____	שם ישוב	גוש	חלקה
האם הורריך ירשו נכס? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט/י את נכסי הירושה (כמה מבנים, כמה דירות, מי גר בכל דירה): _____ _____				

14. האם הועברו נכסים בירושה/במתנה לך, לבן/בת זוגך או לילדיך?

קרבה משפחתית	מי נתן?	מתי ניתן?	מס' חלקה	סוג הנכס	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרטי/י:

15. האם קיים צו קיום צוואה או צו ירושה של בעל הנכס הנ"ל שנפטר?

<input type="checkbox"/> לא, נא לצרף צו ירושה / קיום צוואה <input type="checkbox"/> כן, נא ציין/י את פרטי כל היורשים:	
שם	מספר זהות

16. ציין/י מה חלקך או חלק בן/בת זוגך בירושה:

הצהרה:

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה כי מסרתי את כל הפרטים שנדרשו וכי כל הפרטים שמסרתי נכונים.
 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 מתחייב/ת להודיע על כל שינוי תוך 30 יום.
 ידוע לי כי אדם אשר לא מסר פרטים שיש להם חשיבות לעניין או העלים פרטים וקיבל קצבה או הגדיל אותה במרמה, דינו קנס כספי או מאסר.

חתימת התובע/ **x** _____ תאריך _____

אני הח"מ נותן/ת בזה רשות למוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד מעובדיו ו/או לכל אדם אחר הפועל מטעם המוסד לביטוח לאומי או בעבורו, לקבל או למסור לביטוח לאומי כל מידע שיבקש אודותי והמצוי ברשותכם, לרבות מידע על מצבי הרפואי, לרבות טיפולים בתחום הפסיכיאטרי, הסוציאלי, התפקודי או השיקומי בעבר ובהווה (כולל מידע הנוגע לסידור ילדי במסגרת חוץ ביתית), וכן כל מידע הנוגע לנכות רפואית או אחרת שנקבעה לו לפי חוק הביטוח הלאומי ו/או לצורך ביצועו של החוק האמור, וכן מידע על גמלאות ותשלומים אחרים מהמוסד לביטוח לאומי שלהם זכאית או היותו זכאי, וכל מידע או מסמך הדרושים להחלטת המוסד, ו/או כל מוסד בנקאי או עובד של מוסד בנקאי, וכן פרטים על חשבונות הבנק שלי ושלנו, וזאת בקשר לתביעה לקבלת גמלה להבטחת הכנסה.

מבלי לגרוע באמור לעיל אני מתיר/ה בזה למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו, למסור מידע, מסמך, תעודה, חוות דעת, דו"ח או הערכה רפואית, תפקודית או אחרת המצוי ברשות המוסד לביטוח לאומי והנוגעים למצבי הבריאותי, התפקודי, הסוציאלי, השיקומי ו/או הנוגע לגמלאות ולתשלומים אחרים שלפי חוק הביטוח הלאומי.

והריני משחרר/ת ופותר/ת אתכם מחובת השמירה על סודיות רפואית או סודיות כלשהי אחרת, ומוותר/ת בזה על כל טענה בקשר לסודיות רפואית או אחרת, בלי יוצא מן הכלל, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו למסירת מידע כאמור.

שם התובע/ת _____ תעודת זהות _____ חתימה ✕ _____ תאריך _____
 שם בן/בת הזוג _____ תעודת זהות _____ חתימה ✕ _____ תאריך _____

מספר זהות	שם התובע/ת
	
מספר זהות	שם בן/בת הזוג
	

אני / אנו הח"מ התובע/ים גמלת הבטחת הכנסה מצהיר/ים בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידינו בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים.

ידוע לי/לנו שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה ע"פ חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין – דינו/דינה קנס כספי או מאסר.

ידוע לי/לנו כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי/מסרנו בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכות/ינו לגמלה או על יצירת חוב ועל כן אני/אנו מתחייב/ים להודיע על כל שינוי תוך 30 יום.

כמו כן אני/אנו מתחייב/ים להודיע למוסד על כל שינוי, כגון: מצב משפחתי, מקום מגורים, לימודים, עבודה, מקורות הכנסה ועל כל יציאה מהארץ.

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

תאריך _____ חתימת התובע/ת ✕ _____ חתימת בן/בת הזוג ✕ _____

<ul style="list-style-type: none"> ← צילום תעודת זהות מעודכנת כולל ספח ← אישור על פרטי בעל חשבון ← אישור מכל הבנקים על חסכונות, פיקדונות, קופ"ג ← פירוט עו"ש מכל הבנקים ב- 3 החודשים האחרונים. 	<p>לכל התובעים</p>
<ul style="list-style-type: none"> ← עליך ועל בן/בת זוגך לפנות לשירות התעסוקה בצירוף ההפניה בעמוד 16 ← אם עבדת והפסקת לעבוד יש לצרף אישור על גובה הפיצויים שקיבלת ממקום עבודתך האחרון ומקרה מבטחת (כגון מקפת, מבטחים ועוד), אם ישנם. ← אישור על מועד הפסקת עבודה שלך ושל בן/בת זוגך. 	<p>למחוסר/ת עבודה</p>
<ul style="list-style-type: none"> ← טופס למילוי המעביד (בעמודים 14-15) ← 3 תלושי שכר אחרונים 	<p>לעובד/ת</p>
<ul style="list-style-type: none"> ← אישור ממקום הלימודים על תאריך תחילת וסיום לימודים ← לתלמיד בהכשרה מקצועית בלבד - הפניה לקורס ע"י שירות התעסוקה (ש"ת 22) ← לתלמיד בהכשרה מקצועית בלבד - אישור השתתפות בלימודים בחודש הראשון, ומדי חודש בחודשו (מיד עם קבלתו) 	<p>הכשרה מקצועית / לימודים</p>
<ul style="list-style-type: none"> ← אישור רפואי המציין אי כושר לעבוד מיום ... עד יום ... ← אם עבדת עד מחלתך – נא המצא תלוש שכר ואישור המעסיק / חברת הביטוח על זכאות לדמי מחלה, המפרט: מספר ימי המחלה הכלולים בתשלום (מתאריך ... עד תאריך ...), ולאיזה חודשים מתייחס התשלום. 	<p>מחלה – כאשר אינך מסוגלת לעבוד 30 ימים רצופים לפחות</p>
<ul style="list-style-type: none"> ← אישור על הגשת תביעה למזונות, או פסק דין למזונות ← אם לא הגשת תביעה למזונות ואת נפרדת פחות מ- 12 חודשים – עליך להגיש תביעה למזונות ← פטורה מלהגיש תביעה למזונות: מי שנפרדת יותר מ- 12 חודשים, או אם בן זוגה מקבל קצבת נכות כללית או גמלת הבטחת הכנסה. 	<p>נפרדת</p>
<ul style="list-style-type: none"> ← הסכם גירושין / פסק דין למזונות. 	<p>גרושה</p>
<ul style="list-style-type: none"> ← הסכם ממון / פסק דין למזונות (אם יש). 	<p>רווקה עם ילדים</p>
<ul style="list-style-type: none"> ← אישור מרופא נשים המציין מועד תחילת היריון, או שבוע ההיריון. 	<p>אישה הרה</p>
<ul style="list-style-type: none"> ← אישור מהמשטרה / שירות בתי הסוהר על תאריך תחילת מעצר / מאסר ותאריך סיום מלא ובניכוי שלישי. 	<p>בן/בת זוג במעצר או במאסר</p>
<ul style="list-style-type: none"> ← אישור על ביצוע עבודות שירות מהממונה על עבודות השירות. 	<p>אסיר בעבודות חוץ</p>
<ul style="list-style-type: none"> ← צו בית משפט לפיו נקבע מעצר בית ← אישור בית משפט על מועד הדין הבא. 	<p>מעצר בית</p>
<ul style="list-style-type: none"> ← אישור על תאריך תחילת שהותך במרכז הגמילה ושיתוף פעולה ← אם הנך בטיפול המחלקה לשירותים חברתיים – יש להביא את תוכנית הטיפול. 	<p>גמילה מסמים או מאלכוהול</p>
<ul style="list-style-type: none"> ← אישור על תחילת תהליך השיקום, ועל שיתוף פעולה מידי חודש. 	<p>מרכז שיקום ואבחון / תוכנית שיקומית</p>
<ul style="list-style-type: none"> ← אישור ממקום הלימודים על תאריך תחילה וסיום הלימודים / פירוט ימים ושעות הלימוד. 	<p>לימודים באולפן</p>



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לגמלה להבטחת הכנסה

מעסיק נכבד,
נודה לך על מילוי הפרטים כמפורט להלן.

מספר תיק: _____

מס' זהות: _____

סוג המסמך: דפים: _____

אישור המעסיק על העסקת עובד

I פרטים על העובד/ת

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מספר זהות: _____

II פרטים על העבודה ועל היקף המשרה

הנ"ל מועסק/ת אצלי מתאריך: _____ עובד/ת חודשי/יומי היקף משרה: מלאה חלקית

% המשרה: _____

פירוט שעות העבודה לפי הימים בשבוע				הנ"ל מועסק/ת אצלי:	
ביום	משעה	עד שעה	ו-משעה	עד שעה	בעבודת ניקיון <input type="checkbox"/>
א					כמטפל/ת: <input type="checkbox"/>
ב					בילד/ה <input type="checkbox"/>
ג					בחולה <input type="checkbox"/>
ד					בקשישה, מס' קשישים _____ מס' שעות בשבוע _____
ה					אחר <input type="checkbox"/>
ו					
ז					
שבת					

תאריך תחילת העבודה	תדירות העבודה	מס' שעות עבודה בשבוע	סה"כ שעות עבודה בחודש
_____	כל שבוע <input type="checkbox"/> כל שבועיים <input type="checkbox"/>	_____	_____
אחר, פרט/: _____			

האם קיימת אפשרות להגדיל את היקף המשרה? לא כן, ב- _____ שעות בחודש

III תשלומים

בסיס השכר

לפי שעה, הסכום לשעה _____ ש"ח

לפי יום, הסכום ליום _____ ש"ח

לפי חודש, הסכום לחודש _____ ש"ח

פירוט השכר ברוטו ל- 3 החודשים האחרונים (כולל נסיעות)

חודש _____ סך _____ ש"ח

חודש _____ סך _____ ש"ח

חודש _____ סך _____ ש"ח

באיזה אופן משולם השכר? לחשבון הבנק בהמחאה במזומן

תשלומים נוספים

ביגוד לא כן, סכום _____ תאריך תשלום אחרון _____

הבראה לא כן, סכום _____ תאריך תשלום אחרון _____

תשלומים אחרים

לא כן, עבור _____

כן, סכום _____ תאריך תשלום אחרון _____

תאריך תשלום בכל חודש _____

פרטים נוספים

IV

האם קיים קשר משפחתי בינך לבין העובד/ת? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> רשום את סוג הקרבה: _____		קשרי משפחה
האם הרכב נשאר לשימוש העובד/ת לאחר שעות העבודה? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם העובד/ת משתמת ברכב המעסיק? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> רשום את מספר הרישוי: _____	שימוש ברכב המעסיק
האם שולמו פיצויי פיטורין? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> בסכום _____	האם העובד/ת הפסיקה לעבוד? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> בתאריך: _____	הפסקת עבודה

פרטי המעסיק

V

שם פרטי	שם משפחה
מספר זהות ב"ס	שם מעסיק / המפעל / הקיבוץ / המעביד
מספר תיק ניכויים אין תיק ניכויים <input type="checkbox"/>	טלפון פקס
טלפון קווי	טלפון פקס
כתובת	
רחוב	מס' בית
דירה	כניסה
יישוב	מיקוד
<p>אני מצהיר/ה שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומלאים וידוע לי שלפי סעיפים 414 ו-418 – חוק העונשין תשל"ז – 1977 עשיית מסמך הנחזה להיות את אשר איננו או העושים להטעות, מהווה עבירה פלילית שדינה מאסר עד 5 שנים.</p> <p>תאריך _____ חתימה x _____ חותמת המעביד _____</p>	



תביעה לגמלה להבטחת הכנסה

טופס זה יש למסור בלשכת התעסוקה ממולא וחתום על ידך

הצהרה לשירות התעסוקה – תובעת/ת

לכבוד

שירות התעסוקה

סניף: _____

תאריך: _____

אני מצהיר/ה בזאת שאני הח"מ הגשתי תביעה להבטחת הכנסה בתאריך _____ בסניף _____		
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ס
<p>אני מצהיר/ה בזאת כי ידוע לי שעלי לפנות מיד לשירות התעסוקה, להתייצב כפי שיידרש על ידם, ולקבל כל עבודה מתאימה שתוצע לי.</p> <p><input type="checkbox"/> אינני עובד/ת <input type="checkbox"/> אני עובד/ת בהיקף של _____ שעות בשבוע, אצל: _____</p>		
<p>ידוע לי כי לעניין חוק הבטחת הכנסה "עבודה מתאימה" הינה כל עבודה התואמת את מצבי הבריאותי וכושרי הגופני, וכי עלי להירשם כתובעת/ת הבטחת הכנסה. כן ידוע לי, שאם לא אנהג בהתאם להוראות שירות התעסוקה, או שאסרב לקבל כל עבודה מתאימה המוצעת לי על ידו, יגרום הדבר לשלילת הזכאות לגמלה להבטחת הכנסה לחודש הסירוב ולחודש שאחריו. הנני מסכים/ה בזאת שהמוסד לביטוח לאומי יעביר לשירות התעסוקה כל מידע או תיעוד אודותיי הנמצא בידי, והדרוש לצורך טיפול בהשמתי בעבודה.</p>		
אני מצהיר/ה בזאת כי (נא סמן/י את הסעיף המתאים):		
<input type="checkbox"/> לא הגשתי תביעה לנכות למוסד לביטוח לאומי <input type="checkbox"/> הגשתי תביעה לנכות כללית למוסד לביטוח לאומי <input type="checkbox"/> אושר לי ע"י המוסד לביטוח לאומי _____% נכות התקפים למועד זה. מצ"ב קביעת מחלקת נכות.		
<p>חתימת התובעת/ת <input checked="" type="checkbox"/> _____ תאריך _____</p>		

הצהרה לשירות התעסוקה – בן/בת זוג

אני מצהיר/ה בזאת שאני הח"מ הגשתי תביעה להבטחת הכנסה בתאריך _____ בסניף _____		
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ס
<p>אני מצהיר/ה בזאת כי ידוע לי שעלי לפנות מיד לשירות התעסוקה, להתייצב כפי שיידרש על ידם, ולקבל כל עבודה מתאימה שתוצע לי.</p> <p><input type="checkbox"/> אינני עובד/ת <input type="checkbox"/> אני עובד/ת בהיקף של _____ שעות בשבוע, אצל: _____</p>		
<p>ידוע לי כי לעניין חוק הבטחת הכנסה "עבודה מתאימה" הינה כל עבודה התואמת את מצבי הבריאותי וכושרי הגופני, וכי עלי להירשם כתובעת/ת הבטחת הכנסה. כן ידוע לי, שאם לא אנהג בהתאם להוראות שירות התעסוקה, או שאסרב לקבל כל עבודה מתאימה המוצעת לי על ידו, יגרום הדבר לשלילת הזכאות לגמלה להבטחת הכנסה לחודש הסירוב ולחודש שאחריו. הנני מסכים/ה בזאת שהמוסד לביטוח לאומי יעביר לשירות התעסוקה כל מידע או תיעוד אודותיי הנמצא בידי, והדרוש לצורך טיפול בהשמתי בעבודה.</p>		
אני מצהיר/ה בזאת כי (נא סמן/י את הסעיף המתאים):		
<input type="checkbox"/> לא הגשתי תביעה לנכות למוסד לביטוח לאומי <input type="checkbox"/> הגשתי תביעה לנכות כללית למוסד לביטוח לאומי <input type="checkbox"/> אושר לי ע"י המוסד לביטוח לאומי _____% נכות התקפים למועד זה. מצ"ב קביעת מחלקת נכות.		
<p>חתימה <input checked="" type="checkbox"/> _____ תאריך _____</p>		