



**תביעה לתוספת עבור בן/בת זוג בקצבת זקנה**  
על פי חוק הביטוח הלאומי

**1. פרטי התובע/ת**

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב
מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	תאריך עלייה	מצב משפחתי אחרון	מתאריך
		<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה/ה <input type="checkbox"/> עגונה/ה	

כתובת מגורים:

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

**2. פרטי בן/בת הזוג**

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב
שם האב	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	תאריך עלייה	גר/ה איתי <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	----------	-------	------	-------	-------

**3. פרטים על עבודה והכנסות מעבודה כיום של התובע/ת ובן/בת הזוג (סמן X במשבצת המתאימה)**  
אם בן/בת הזוג עובד/ת יש להמציא אישור מהמעביד.

התובע/ת	בן/בת הזוג
עובד <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
צימצם היקף העבודה החל ב:	החל ב:
הפסיק לעבוד החל ב:	החל ב:
סוג הביטוח <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> מבוטחת ברשות	<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> מבוטחת ברשות
מקצוע	
לשכיר - הכנסה חודשית סכום בחודש	סכום בחודש
לעצמאי - הכנסה שנתית סכום בשנת כספים	סכום בשנת כספים

**4. הכנסות אחרות של התובע/ת ושל בן/בת הזוג שמקורן אינו בעבודה**  
 (נא לציין הכנסת ברוטו ואת סוג המטבע כגון: שקל חדש, דולר, מרק. אם אין הכנסות יש לרשום: "אין").

הכנסה אחרת (ציין מקור ההכנסה)	הכנסה מרכוש והון	פנסיה או רנטה	פנסיה בישראל		
				הסכום החדשי	הכנסות התובע
				במועד (חודש ושנה)	
				הסכום החדשי	הכנסות בן/בת הזוג
				במועד (חודש ושנה)	

**5. קצבה מביטוח לאומי**

בן/בת זוגי מקבלת קצבה מביטוח לאומי:  לא  כן. סוג הקצבה \_\_\_\_\_

בן/בת זוגי הגישה/תביעה לקצבה מביטוח לאומי:  לא  כן. סוג הקצבה \_\_\_\_\_

**6. הסבר על איחור בהגשת התביעה**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7. הצהרת התובע/ת מגיש/ת התביעה**

אני מצהיר/ה כי כל הפרטים בתביעה הם נכונים ומלאים.  
 ידוע לי כי מסירת פרטים לא נכונים או העלמת פרטים, מהווה עבירה על החוק.  
 המוסד לביטוח לאומי רשאי לתבוע כל סכום ששולם שלא כדין, בצירוף תוספת לפי שיעור עליית המדד.  
 אם יחול שינוי בפרטים שמסרתי, כגון: במצב משפחתי, בהכנסה, בכתובתי, אודיע מיד למוסד לביטוח לאומי.  
 כמו כן אני מתחייב/ת להודיע על כל יציאה לחו"ל לתקופה העולה על שישה חודשים.  
 אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום כלשהו בטעות או שלא כדין.

העדר חתימה ע"ג הטופס יגרום לעיכוב בטיפול

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

**לשימוש  
המשרד**

תאריך ההזנה

חתימה וחותמת המקבל

שם מקבל התביעה

תאריך קבלת התביעה