



תביעה להבטחת הכנסה - טופס למילוי עצמי

מי זכאי לקבלת גמלה להבטחת הכנסה?

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

מי אינו זכאי לקבלת גמלה להבטחת הכנסה?

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

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

☞ חבר קיבוץ או מושב שיתופי.

☞ תלמיד ישיבה או מוסד תורני.

☞ תלמיד 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 ממסירת טופס מלא זה בסניף. לכן, הגש את הטופס ללא דיחוי, גם אם חסרים לך חלק מהמסמכים שיש לצרף.

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

☞ אם הינך נשוי, או אם הינך גר 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 לב! לפני הגשת הטפסים לסניף – נא ודא כי:

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

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

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

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

טופס תביעה שלא מולאו בו כל הפרטים – יוחזר!

כיצד מגישים את טופס התביעה?

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

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

☞ לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון שמספרו 6050* או 04-8812345.

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

חובה לחתום על טופס התביעה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מספר זהות / דרכון מס' _____	דפים _____
סוג המסמך 0 1	_____

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לגמלה להבטחת הכנסה



1 פרטי התובע (נא מלא את הפרטים בשפה העברית)

שם משפחה _____	שם פרטי _____	מספר זהות מס' _____
שם האב _____	שם האם _____	תאריך לידה שנה _____ חודש _____ יום _____
מצב משפחתי נוכחי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור <input type="checkbox"/> פרודה/ה אם הינך פרודה/ה – ממת? _____ מלא גם סעיף 3		האם אתה מתגורר עם בן/בת זוג? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן אם כן - נא מלא פרטי בן/בת הזוג בסעיף 2
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)		
רחוב / תא דואר _____	מס' בית _____	כניסה _____
מיקוד _____	יישוב _____	דירה _____
טלפון קווי _____	טלפון נייד _____	דואר אלקטרוני _____
פרטי הדירה בה אני מתגורר: <input type="checkbox"/> בבעלותי <input type="checkbox"/> בהשכרה <input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____		
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)		
רחוב / תא דואר _____	מס' בית _____	כניסה _____
מיקוד _____	יישוב _____	דירה _____

2 פרטי בן/בת הזוג שאיתו/איתה מתגוררת/ת

שם משפחה _____	שם פרטי _____	שם האב _____	שם האם _____
תאריך לידה שנה _____ חודש _____ יום _____	מספר זהות מס' _____	מצב משפחתי נוכחי: <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור <input type="checkbox"/> פרודה/ה	

3 פרטי בן/בת הזוג בנפרד (מלא חלק זה רק אם אינו מתגורר איתך)

שם משפחה _____	שם פרטי _____	תאריך לידה שנה _____ חודש _____ יום _____	מספר זהות מס' _____
כתובת			
רחוב / תא דואר _____	מס' בית _____	כניסה _____	דירה _____
מיקוד _____	יישוב _____	טלפון נייד _____	טלפון קווי _____

פרטי ילדים עד גיל 22

4

האם גר איתך?	תאריך לידה	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	
כן <input type="checkbox"/> לא, ציין היכן: <input type="checkbox"/>	שנה חודש יום				1.
כן <input type="checkbox"/> לא, ציין היכן: <input type="checkbox"/>	שנה חודש יום				2.
כן <input type="checkbox"/> לא, ציין היכן: <input type="checkbox"/>	שנה חודש יום				3.
כן <input type="checkbox"/> לא, ציין היכן: <input type="checkbox"/>	שנה חודש יום				4.
כן <input type="checkbox"/> לא, ציין היכן: <input type="checkbox"/>	שנה חודש יום				5.
כן <input type="checkbox"/> לא, ציין היכן: <input type="checkbox"/>	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 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 את הטבלה שלהלן (חובה למלא גם אם לא קיים ברשותך רכב!)

5

ילדים עד גיל 22 (כמפורט בסעיף 4 לעיל)	לב/בת זוג	לתובע	
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, הורה בלבד)?

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

בעל רכב:

- אם 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 נכה).
- אם אתה או בן/בת זוגך עובדים בשכר (מעל 25% מהשכר הממוצע במשק ועד להכנסה המינימאלית הנדרשת למחיה ע"פ חוק הבטחת הכנסה), ובבעלותכם 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 להפקיד את הרישיונות במשרד הרישוי לתקופת המחלה. יש לצרף אישור מקורי ממשרד הרישוי.

פרטים על לימודים

6

האם אתה לומד? לא כן, נא פרט למטה:

שם קורס / תואר	שם המוסד / מקום הלימודים				
מועד סיום הלימודים	מועד התחלת הלימודים				
<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> </tr> </table>	שנה	חודש	<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</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, פרט: _____ יש לצרף אישור ממקום הלימודים					

א

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

שם קורס / תואר	שם המוסד / מקום הלימודים				
מועד סיום הלימודים	מועד התחלת הלימודים				
<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> </tr> </table>	שנה	חודש	<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</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, פרט: _____ יש לצרף אישור ממקום הלימודים.					

ב

סיבת הגשת התביעה

7

א. מדוע אתה 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 סוציאלי - נא ציין: שם העובד הסוציאלי: _____ מספר טלפון של עובד סוציאלי: _____ שם וכתובת הלשכה: _____

פירוט הכנסות ונכסים נא התייחס לכל אחד ממקורות ההכנסה הבאים (אם יש לך וגם אם אין):

מקור הכנסה/נכס	לתובע	לבן/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 ממשרד 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 ממשרד הקליטה/סוכנות	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
השקעות בחברה לניהול פיננסי	<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 אתה משלם מזונות? לא כן, סכום: _____ אם כן - נא לצרף פסק דין והוכחת תשלום

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [3 0] [] []

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
תביעה לגמלה להבטחת הכנסה



הצהרת חשבונות בנק

10

- א. בטבלה שלהלן נא הצהר על כל החשבונות המתנהלים בבנקים על שמך, שם בן/בת זוגך וכן של ילדיך.
 ב. נא צרף 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 מטה מצהיר 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	אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	() () ()
2. פיקדונות שקליים	אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	() () ()
3. פיקדונות מט"ח	אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	() () ()
4. חשבונות עו"ש	אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	() () ()
5. פיקדונות שקליים	אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	() () ()
6. פיקדונות מט"ח	אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	() () ()
7. תוכניות חיסכון	אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	() () ()
8. קופות גמל	אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	() () ()
9. ניירות ערך	אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	() () ()
10. אחר	אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	() () ()

אני מצהיר שכל הפרטים שמסרתי בנוגע לחשבונות בבנק הינם נכונים ומלאים, ואין לי חשבונות אחרים בבנקים הנ"ל או בבנקים אחרים. אני מתחייב 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 חשבונותי או אישור מפקיד הבנק.

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

פרטי חשבון הבנק של התובע

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)

מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף / כתובתו	שם הבנק

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 בזה שלא להעלות כנגד המוסד לביטוח לאומי כל טענה כנגד תשלום לחשבון זה, או כל טענה בגין אי קבלת הכספים.

שם התובע _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה **X** _____

שם בן/בת הזוג _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה **X** _____

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

12 שאלון נכסים
פרטי התובע

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

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

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

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

לא <input type="checkbox"/>	כתובת הדירה	גוש	חלקה	צרף אישור ממס רכוש / טאבו
כן, פרט: _____				

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

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

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

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

5. האם מעל הדירה שבה אתה מתגורר, מתחיה או בסמוך לה, נבנו דירות נוספות המשמשות בן/בת משפחה או קרוב משפחה אחר? לא כן, אם כן – נא מלא 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, יפיו כוח בלתי חוזר

6. האם ילדיך גרים בדירות בבעלותם?

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

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

לא <input type="checkbox"/>	סוג הנכס				
כן, פרט: _____	מבנה <input type="checkbox"/> קרקע <input type="checkbox"/>				
למי ניתן הנכס?	שם	מס' זהות	קרבת משפחה	תאריך העברה	צרף אישור מלשכת מקרקעין/ טאבו

8. האם ברשותך / בבעלותך אדמות / קרקעות?

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

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: <input type="checkbox"/> מגורים <input type="checkbox"/> יחידת דיור <input type="checkbox"/> אחר

10. האם ברשותך / בבעלותך משק חקלאי?

<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
--

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

<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ סוג: _____

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

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

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

נכסים של הורי התובע	האם יש נכס פרטי לאביו?	שם ישוב	גוש	חלקה
	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____			
נכסים של הורי בן/בת הזוג	האם יש נכס פרטי לאמו?	שם ישוב	גוש	חלקה
	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____			
האם הוריו ירשו נכס? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט 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	לא <input type="checkbox"/>	כן, פרט: <input type="checkbox"/>

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

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

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

הצהרה:

אני החתום מטה מצהיר 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 זכאותי לגמלה או על יצירת חוב ועל כן אני מתחייב 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.

תאריך _____ חתימת התובע  _____

אני הח"מ נותן 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 שביקש אודותיי 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 זכאי 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 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 ופוטר אתכם מחובת השמירה על סודיות רפואית או סודיות כלשהי אחרת, ומוותר 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 _____ תעודת זהות _____ חתימה ✕ _____ תאריך _____

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

מספר זהות	שם התובע
	
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 הן 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 שמסרת/מסרנו בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאות/ינו לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני/אנו מתחייב/ים להודיע על כל שינוי בתוך 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 אשר ולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

תאריך _____ חתימת התובע ✕ _____ 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 עבודה</p>
<ul style="list-style-type: none"> ← טופס למילוי המעביד (בעמודים 14-15) ← 3 תלושי שכר אחרונים 	<p>לעובד</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 מסוגל 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>גרוש</p>
<ul style="list-style-type: none"> ← הסכם ממון / פסק דין למזונות (אם יש). 	<p>רווק 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

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

מספר זהות: _____

II פרטים על העבודה ועל היקף המשרה

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

הנ"ל מועסק אצלי: בעבודת ניקיון כמטפל: בילד בחולה בקשיש, מס' קשישים _____ מס' שעות בשבוע _____ אחר

פירוט שעות העבודה לפי הימים בשבוע				
ביום	משעה	עד שעה	ו-משעה	עד שעה
א				
ב				
ג				
ד				
ה				
ו				
שבת				

תאריך תחילת העבודה: _____ תדירות העבודה: כל שבוע כל שבועיים 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: לא כן, סכום _____ תאריך תשלום אחרון _____

הבראה: לא כן, סכום _____ תאריך תשלום אחרון _____

תשלומים אחרים: לא כן, בעבור _____

כן, סכום _____ תאריך תשלום אחרון _____

תאריך תשלום בכל חודש: _____

פרטים נוספים

IV

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

פרטי המעסיק

V

מספר זהות ס"ב	שם פרטי	שם משפחה
		
מספר תיק ניכויים <input type="checkbox"/> אין תיק ניכויים	שם מעסיק / המפעל / הקיבוץ / המעביד	
		
טלפון קווי	טלפון פקס	
		

כתובת

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב

אני מצהיר שכל הפרטים שמסרת לי 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.

תאריך _____ חתימה **x** _____ חותמת המעביד _____



תביעה לגמלה להבטחת הכנסה

טופס זה יש למסור בלשכת התעסוקה ממולא וחתום על ידך

הצהרה לשירות התעסוקה – תובע

לכבוד

שירות התעסוקה

סניף: _____

תאריך: _____

אני מצהיר בזאת שאני הח"מ הגשתי תביעה להבטחת הכנסה בתאריך _____ בסניף _____		
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
אני מצהיר בזאת כי ידוע לי שעלי לפנות מיד לשירות התעסוקה, להתייצב כפי שיידרש על ידם, ולקבל כל עבודה מתאימה שתוצע לי. <input type="checkbox"/> איני עובד <input type="checkbox"/> אני עובד בהיקף של _____ שעות בשבוע, אצל: _____		
<p>ידוע לי כי לעניין חוק הבטחת הכנסה "עבודה מתאימה" הינה כל עבודה התואמת את מצבי הבריאותי וכושרי הגופני, וכי עלי להירשם כתובע 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 בזאת שהמוסד לביטוח לאומי יעביר לשירות התעסוקה כל מידע או תיעוד אודותיי הנמצא בידיו, והדרוש לצורך טיפול בהשמתי בעבודה.</p>		
אני מצהיר בזאת כי (נא סמן 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"/> אושרו לי ע"י המוסד לביטוח לאומי % _____ נכות התקפים למועד זה. מצ"ב קביעת מחלקת נכות.		
חתימת התובע		תאריך

הצהרה לשירות התעסוקה – בן/בת זוג

אני מצהיר בזאת שאני הח"מ הגשתי תביעה להבטחת הכנסה בתאריך _____ בסניף _____		
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
אני מצהיר בזאת כי ידוע לי שעלי לפנות מיד לשירות התעסוקה, להתייצב כפי שיידרש על ידם, ולקבל כל עבודה מתאימה שתוצע לי. <input type="checkbox"/> איני עובד <input type="checkbox"/> אני עובד בהיקף של _____ שעות בשבוע, אצל: _____		
<p>ידוע לי כי לעניין חוק הבטחת הכנסה "עבודה מתאימה" הינה כל עבודה התואמת את מצבי הבריאותי וכושרי הגופני, וכי עלי להירשם כתובע 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 בזאת שהמוסד לביטוח לאומי יעביר לשירות התעסוקה כל מידע או תיעוד אודותיי הנמצא בידיו, והדרוש לצורך טיפול בהשמתי בעבודה.</p>		
אני מצהיר בזאת כי (נא סמן 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"/> אושרו לי ע"י המוסד לביטוח לאומי % _____ נכות התקפים למועד זה. מצ"ב קביעת מחלקת נכות.		
חתימה		תאריך