



## בקשה לבחינת חובות

### דברי הסבר

- ✎ במוסד לביטוח לאומי קיימת ועדה לבחינת חובות שנוצרו כתוצאה מתשלום יתר בגמלה.
- ✎ הועדה לבחינת חובות דנה אך ורק במקרים קשים במיוחד.
- ✎ הועדה אינה מוסמכת לדון בחובות דמי ביטוח/ דמי ביטוח בריאות וחובות בגין מזונות (חייבים).
- ✎ הועדה לבחינת חובות דנה רק על סמך הטופס והמסמכים הנלווים.
- ✎ הועדה רשאית להחליט על עצירת פעולות הגביה/ לדחות את הבקשה או לשנות את פריסת תשלומי החוב.

### יש לצרף לטופס זה

- ✎ על מנת שהועדה תדון בבקשה הנך מתבקש לצרף את המסמכים הבאים: (במידה והמסמכים הומצאו בחצי השנה האחרונה, אין צורך בהמצאתם).
- ✎ תדפיס עובר ושב ל- 3 חודשים אחרונים מכל חשבונות הבנק שברשותך +בן /בת הזוג.
- ✎ ריכוז יתרות כולל מכל החשבונות שברשותך +בן /בת הזוג.
- ✎ תלושי שכר של החייב ובן /בת הזוג.
- ✎ מסמכים נוספים כמפורט בטופס הבקשה כגון: אשורים רפואיים
- ✎ יש לצרף כל מסמך שיכול לתמוך בבקשה כגון: דו"ח עובד סוציאלי.

### כיצד ניתן להגיש את הבקשה

- ✎ יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- ✎ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:

- למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
- לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- 

✎ לשאלות וביירוטים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט. [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



**הסיבה להגשת הבקשה**

- מצב סוציאלי מיוחד, נא לצרף:  דו"ח סוציאל  מסמך אחר מגורם מוסמך
- מצב רפואי חריג (של החייב או של בן משפחה מדרגה ראשונה), נא לצרף סיכומי מחלה או כל מסמך רפואי אחר המצוי ברשותך בדבר מצבך הרפואי, המפרטים את כל המחלות הכרוניות, הטיפולים ותרופות שאתה נוטל.
- מצב כלכלי חריג במיוחד, נא לצרף:  תדפיסי עו"ש  תלושי שכר  אישור אחר \_\_\_\_\_
- חייב מוגבל בהליכי הוצאה לפועל עקב קשיים כלכליים.
- אחר \_\_\_\_\_

**פירוט הכנסות ונכסים חוץ מהכנסות מהמוסד לביטוח לאומי או הכנסות מעבודה**

מקור הכנסה/נכס	למבקש	לבן/בת זוג
שכיר	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
עצמאי	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
פנסיה או רנטה בארץ או בחו"ל	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
תגמולים ממשרדי ממשלה: הביטחון, האוצר, הקליטה, הסוכנות	<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: _____
תמיכה כלכלית קבועה	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
תשלומים חד פעמיים כגון חברות ביטוח	<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: _____

האם אתה משלם/ מקבל מזונות?  לא  כן, יש לצרף הוכחות לתשלום.

**הצהרה**

אני / אנו הח"מ מצהירים/ים בזה, כי כל הפרטים שמסרנו בבקשה זו ובנספחיה נכונים ומלאים. ידוע לי/לנו, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה ע"פ חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים שהם בעלי חשיבות לעניין – דינו/דינה קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע ✕ \_\_\_\_\_ חתימת בן/בת הזוג ✕ \_\_\_\_\_