המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
תחום ילדים

תביעה לקצבת ילדים –
ילד עולה ללא הורים

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

1 פרטי הילד

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
		_____@_____

❑ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

3 פרטי מקבל הקצבה

- ילד מעל גיל 17 - יכול להיות מקבל הקצבה.
- הילד מתחת לגיל 17 – מקבל הקצבה יהיה ממונה (יכול להיות קרוב משפחה), שימונה ע"י הביטוח הלאומי.

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות

4 פרטי חשבון בנק

- ילד מעל גיל 17 - יכול להיות בעל החשבון
- ילד מתחת לגיל 17- מקבל הקצבה יהיה ממונה (יכול להיות קרוב משפחה), שימונה ע"י הביטוח הלאומי.

שמות השותפים לחשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

5 הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.
ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל יציאה שלי מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.
אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד לביטוח לאומי יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי את פרטי מושכי התשלומים.

תאריך_____ חתימת מגיש התביעה ✗_____

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד