

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> </div> <p style="text-align: center;">סוג המסמך</p> </div>	<p>מס' זהות / דרכון</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p>דפים</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>

### חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
תחום ילדים



## בקשה להפסקה או לחידוש תשלום קצבת ילדים בשל יציאה או חזרה ממדינת אמנה

### לידיעתך

מדינת ישראל חתומה על אמנות בתחום קצבאות ילדים עם המדינות הבאות: אוסטריה, איטליה, בולגריה, בלגיה, בריטניה, גרמניה, דנמרק, הולנד, נורבגיה, סלובקיה, פולין, פינלנד, צ'כיה, צרפת, קנדה, רומניה, רוסיה, שוודיה, שווייץ, .

על מנת לקבל אישור על הפסקה או חידוש של קצבת הילדים המשולמת מטעם הביטוח הלאומי, יש למלא את הפרטים הבאים:

1

### 1. פרטי האב

שם פרטי באנגלית	שם פרטי בעברית	שם משפחה באנגלית	שם משפחה בעברית
<p>טלפון נייד</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>מספר זהות ס"ב</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>תאריך לידה</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">שנה חודש יום</p>	

### 2. פרטי האם / מקבל הקצבה

שם פרטי באנגלית	שם פרטי בעברית	שם משפחה באנגלית	שם משפחה בעברית
<p>טלפון נייד</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>מספר זהות ס"ב</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>תאריך לידה</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">שנה חודש יום</p>	
<p>דואר אלקטרוני</p> <p style="text-align: center;">_____@_____</p>			<p>טלפון קווי</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

2

## יציאה מהארץ

האישור מבוקש בשפה:  אנגלית  צרפתית  גרמנית

## מען בארץ או בחו"ל למשלוח האישור

מדינה	עיר	רחוב	מס' בית	מיקוד

כתובת דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
 אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.

מדינת האמנה אליה יוצאים: \_\_\_\_\_ תאריך יציאה: \_\_\_\_\_

לידיעתכם, קיימת זכאות לתשלום קצבת הילדים בשלושת החודשים הראשונים לשהות בחו"ל (בהתאם לסעיף 65 ב' לחוק הביטוח הלאומי). האישור יונפק רק לאחר הסדרת החובות הקיימים בקצבת ילדים, במידה וישנם.

אבקשכם להפסיק את תשלום קצבת הילדים החל מהחודש שלאחר מועד היציאה למדינת האמנה.

אבקשכם להפסיק את תשלום קצבת הילדים לאחר 3 חודשים ממועד היציאה למדינת האמנה.

3

## חזרה לארץ

תאריך חזרה ממדינת אמנה: \_\_\_\_\_

אנו מעוניינים לחדש את קצבת הילדים עם שובנו לארץ.  
 יש לצרף אישור על מועד הפסקת תשלום קצבת הילדים ממדינת האמנה.

## פרטי חשבון בנק

חשבון הבנק צריך להיות על שם מקבל הקצבה או חשבון בו שותף מקבל הקצבה:

## שמות בעלי החשבון

שמות בעלי החשבון			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר החשבון

4

## הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה 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 ובנספחיה, 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 מהארץ של הילד/ים 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 כדן, וכן שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי את פרטיהם של מושכי התשלומים.

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 \_\_\_\_\_ שם מגיש הבקשה \_\_\_\_\_ חתימת מגיש הבקשה x \_\_\_\_\_