

לכבוד

פקיד/ת שיקום

סניף _____

הנדון : הצהרה דמי שיקום בל/291

למילוי רק על ידי מבוטח הזכאי לתשלום דמי שיקום

1. פרטי המבוטח

- שם משפחה
- שם פרטי
- מספר תעודת זהות

2. הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי בעת השתתפותי בתכנית שיקום:

- איני עובד ואיני משתכר מעבודה כלשהיא.
- אני עובד ומשתכר שכר חודשי בסך _____ ש"ח - יש להמציא 3 תלושי שכר.
- בן זוגי אינו עובד ואינו משתכר מעבודה כלשהיא .
- אם אתה נפגע עבודה או אלמן – יש לצרף תלושי שכר שלך בלבד.
- בן זוגי עובד ומשתכר שכר חודשי בסך _____ ש"ח - יש להמציא 3 תלושי שכר (לצורך בדיקת זכאות לתוספת עבור בן/בת זוג)
- אם במהלך תקופת ההכשרה ישתנה מצבי התעסוקתי, הנני מתחייב להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי, מחלקת שיקום סניף _____

בכבוד רב,

תאריך _____ שם המצהיר _____ חתימה _____

זה מנוסח בלשון זכר, אך פונה לנשים ולגברים כאחד