



## תביעה להבטחת הכנסה – למילוי בעבור ילד הזכאי לגמלה מיוחדת

מילוי הילד

<p>ילד יתום / ילד הזכאי לגמלה מיוחדת הוא ילד חסר עורף משפחתי שאינו חי עם הוריו עוד מלפני גיל 18, בשל כך שנבצר מהם לגדל אותו עקב פטירה, אשפוז, מאסר / מעצר או בעיות תפקודיות שונות, שייבחנו בהתאם להוראות חוק הבטחת הכנסה. <b>! בכל תביעה, על העו"ס המטפל, לצרף לטופס התביעה, דו"ח סוציאלי המפרט את הנסיבות המשפחתיות והקשר עם ההורים.</b> חשוב לדעת: ילד המשולמים עבורו דמי אומנה אינו זכאי לגמלה.</p>	<p><b>מיהו ילד יתום/ ילד הזכאי לגמלה מיוחדת?</b></p>
<p>☞ הזכאות לגמלה תיבחן ממועד מסירת הטופס. לכן, יש להגיש את הטופס ללא דיחוי, גם אם חסרים חלק מהמסמכים שיש לצרף. יתכן שנידרש יהיה להמציא מסמכים נוספים. ☞ מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי <a href="http://www.btl.gov.il">www.btl.gov.il</a> לביורורים מומלץ לפנות לסניף הביטוח הלאומי הקרוב לאזור המגורים.</p>	<p><b>חשוב לדעת</b></p>
<p>☞ התביעה תוגש ע"י עו"ס הפנימייה או עו"ס משפחה או ע"י המשפחה המארכת. ☞ הזכאות היא רק בחודש של חופשה, שבה הילד יוצא מהפנימייה ל-15 ימי חופשה או יותר ☞ העו"ס המטפל, יצרף לתביעה טופס דיווח על יציאה לחופשה בצירוף דו"ח סוציאלי. ☞ במקרים אלו הגמלה תשולם למשפחה המארכת את הילד.</p>	<p><b>לילד השוהה בפנימייה</b></p>
<p>☞ התביעה תוגש ע"י העו"ס או ע"י המשפחה המטפלת בילד. ☞ העו"ס המטפל יצרף גם החלטת ועדת תכנון, טיפול והערכה או תאריך לדיון בוועדה אם טרם התקיימה. ☞ במקרים אלו הגמלה תשולם לאפוטרופוס או למי שימונה כמקבל הגמלה ע"י הביטוח הלאומי. ☞ על המשפחה המטפלת בילד לחתום על טופס בל/88 (כתב הסמכה והתחייבות לקבלת גמלה) המצורף לטופס התביעה.</p>	<p><b>לילד הממתין להסדר אומנה</b></p>
<p>☞ התביעה תוגש ע"י העו"ס המטפל (בנסיבות חריגות ע"י המשפחה המטפלת בילד). ☞ במקרים אלו הגמלה תשולם לאפוטרופוס או למי שימונה כמקבל הגמלה ע"י הביטוח הלאומי. ☞ על המשפחה המטפלת בילד, לחתום על טופס בל/88 (כתב הסמכה והתחייבות לקבלת גמלה) המצורף לטופס התביעה. ☞ הזכאות היא עד גיל 18 או עד סיום הלימודים בתיכון (ולא מעל גיל 20).</p>	<p><b>לילד שנמצא בהסדר זמני – קלט קהילתי</b></p>
<p>☞ התביעה תוגש על ידי הילד או באמצעות העו"ס המטפל. ☞ יש למלא את הטופס ולהביאו לקבלת קהל, באחד מסניפי הביטוח הלאומי. ☞ אם הצעיר נמצא במסגרות השירות הלאומי או מכינה קדם צבאית או שנת שירות או עתודה לפני שירות צבאי – התביעה יכולה להיות מוגשת גם ע"י העו"ס של המסגרת. במקרה זה יש לצרף לתביעה, בנוסף לדו"ח סוציאלי ובהתאם למצב: • אישור על תקופת השירות הלאומי + אישור על גובה המלגה החודשית מהעמותה של השירות הלאומי. • אישור מהמכינה / קד"צ / המסגרת של שנת השירות על התקופה. • לנמצא בעתודה טכנולוגית/אקדמאית- אישור על תקופת הלימודים + אישור מצה"ל על דחיית השירות לשם הלימודים ☞ במקרים אלו הגמלה תשולם לידי הצעיר או לאפוטרופוס או למי שימונה כמקבל הגמלה ע"י הביטוח הלאומי.</p>	<p><b>ילד או צעיר שאינו מתגורר עם הוריו (מלפני גיל 18) וחי לבדו</b></p>

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> מס' זהות / דרכון		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
סוג המסמך	דפים	

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
הבטחת הכנסה



**תביעה לגמלה להבטחת הכנסה**

**ילד הזכאי לגמלה מיוחדת**

1 פרטי הילד

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
תאריך לידה	שם האם	שם האב

מצב משפחתי נוכחי:  רווק/ה  אחר, פרט \_\_\_\_\_

כתובת

מיקוד	יישוב	דירה	קומה	מס' בית	רחוב / תא דואר
כתובת מגורים					
כתובת למשלוח דואר					

דואר אלקטרוני: _____ @ _____	טלפון נייד _____	טלפון קווי _____
------------------------------	------------------	------------------

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

אני שוהה אצל

קרוב משפחה שם: \_\_\_\_\_ סוג הקרבה: \_\_\_\_\_

פנימייה, בחופשות מתארח אצל: \_\_\_\_\_ יש לצרף אישור על תקופת החופשה מהפנימייה

אחר \_\_\_\_\_

2 פרטי העובד הסוציאלי

שם העובד הסוציאלי המטפל	כתובת העובד הסוציאלי למשלוח דואר	טלפון להתקשרות
-------------------------	----------------------------------	----------------

3 פרטי מגיש התביעה בשם הילד

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
קרבה לקטין		

כתובת למשלוח דואר

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
-------	-------	------	-------	---------	----------------

טלפון קווי _____	טלפון נייד _____
------------------	------------------

פרטי הגוף המגיש את התביעה בשם הקטין \_\_\_\_\_

שם אפטרופוס (אם נקבע) _____ יש לצרף פרוטוקול בית הדין למינוי אפטרופוס	תאריך ועדת תכנון, טיפול והערכה אחרונה של הלשכה לשירותים חברתיים
---	---

**4 פרטי אחים עד גיל 24**

4

סמן את מקום הימצאותו של האח

שם פרטי	שם משפחה	ת. זהות	מתגורר איתי	צבא	אומנה או פנימייה	שירות לאומי או התנדבות או עתודה או קד"צ	אחר
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**5 סיבת הגשת התביעה**

5

מהי הסיבה להגשת התביעה (יש להתייחס למצב ההורים ולקשר עימם) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**6 פרטים על לימודים למי שמלאו לו 18 שנה**

6

האם אתה לומד?  לא  כן  
 נא פרט למטה את פרטי מוסד הלימודים:

שם מוסד הלימודים וכתובתו	כיתה
_____	_____

יש לצרף אישור ממקום הלימודים, על תאריך תחילת לימודים וסיומם.

**7 רכב לילד מעל גיל 17**

7

האם יש רכב ברשותך או ברשות אחיך (אם אתם מתגוררים ביחד)?  לא  כן, פרטי הרכב \_\_\_\_\_

**8 תעסוקה (לילד מעל גיל 16)**

8

האם אתה עובד היום  לא  כן, פרט את פרטי המעסיק \_\_\_\_\_  
 האם אתה בשירות לאומי  לא  כן \_\_\_\_\_ אחר  \_\_\_\_\_

**9 פירוט הכנסות ונכסים נא ציין כל אחד ממקורות ההכנסה האלה (אם יש לך וגם אם אין):**

9

מקור הכנסה/נכס	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
הכנסה מעבודה	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
תגמולים ממשרדי ממשלה: הביטחון, האוצר, הקליטה, הסוכנות	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
דמי שכירות מנכס	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
מזונות	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
תמיכה כלכלית קבועה	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
האם יש לך הכנסה אחרת שלא מפורטת:	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____

נא לצרף אישורים המעידים על הכנסותיך(לדוגמא: הכנסה מעבודה – תלוש שכר)

10

**פרטי ההורים של התובע (יש למלא סעיף זה אם ההורים אינם בחיים)**

שם האב		מספר זהות	
שם האם		מספר זהות	
<b>הכתובת שבה התגוררו ההורים</b>			
רחוב / תא דואר	מס' בית	קומה	דירה
מיקוד	יישוב		
<p><b>נכסי ההורים במקרה שאחד ההורים אינו בחיים</b></p> <p>פרט את נכסי ההורים (דירה, קרקע, מגרש, מבנה) _____</p> <p>האם הנכסים הועברו בירושה או במתנה לך או לאחריך? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, _____</p> <p>האם הנכס מושכר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, צרף חוזה שכירות _____</p>			

**הערה חשובה: הגמלה תועבר רק לחשבון הרשום על שם הקטין או האפוטרופוס או מי שמונה לקבל את הגמלה**

11

**פרטי חשבון הבנק שאליו תועבר הגמלה**

חשבון בנק על שם הילד  חשבון בנק על שם האפוטרופוס  חשון בנק על שם הממונה על קבלת הגמלה  
להלן פרטי החשבון שבו יש להפקיד את תשלום הגמלה, אם תאושר זכאות שמות בעלי החשבון (כולל שותפים)

שם:	ת.ז.:	שם:	ת.ז.:
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
			חשבון מוגבל
			<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

12

**הצהרת חשבונות בנק**

להלן חשבונות עו"ש הידועים במוסד לביטוח לאומי. נא לציין את מצב החשבון – פעיל או סגור

סוג החשבון	מצב חשבון (פעיל/סגור)	שם בעל החשבון	מספר חשבון	שם הבנק או חברת השקעות	שם הסניף	מס' הסניף
חשבונות עו"ש						
<p>האם קיימים על שמך, או על שם האחים הגרים איתך, חשבונות נוספים, שלא מופיעים בטבלה לעיל מסוג: עו"ש פיקדונות שקלים, מט"ח, ניירות ערך, חסכונות, קרן השתלמות או כל השקעה אחרת. <input type="checkbox"/> לא, אין לי חשבונות נוספים <input type="checkbox"/> כן, נא פרט בטבלה</p>						
		שם בעל החשבון	מספר חשבון	בבנק/בית השקעות		
<p><b>הצהרה: אני החתום מטה מצהיר בזאת כי אין לי חשבונות נוספים שאינם מפורטים לעיל. כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על פתיחת חשבונות נוספים על שמי או על שם האחים הגרים איתי.</b></p> <p>שם התובע _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה x _____</p>						

הצהרה

13

אני הח"מ התובע גמלה להבטחת הכנסה מצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה 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 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 על כל שינוי לגבי הפרטים שנמסרו בתביעה, כגון: מצב משפחתי, מקום מגורים, לימודים, עבודה, מקורות הכנסה ועל כל יציאה מהארץ. אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוננו, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושגי התשלומים. אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

חתימת התובע ✕ \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_  
 שם מגיש התביעה בשם הילד (בן משפחה וכיו"ב) \_\_\_\_\_ חתימה ✕ \_\_\_\_\_

14

כתב ויתור סודיות והרשאה למסירת מידע לגבי הילד

מספר זהות	שם התובע
<p>אני הח"מ נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו או לכל אדם אחר הפועל מטעם המוסד לביטוח לאומי או בעבורו, לקבל או למסור למוסד לביטוח לאומי כל מידע שביקש על אודותיי או אודות קטין, המצוי ברשותכם, לרבות טיפולים בתחום הפסיכיאטרי, הסוציאלי, התפקודי או השיקומי בעבר ובהווה (כולל מידע בדבר סידור ילדי במסגרת חוץ ביתית) וכן כל מידע בדבר נכות רפואית או אחרת שנקבעה לי או לקטין לפי חוק הביטוח הלאומי או לצורך ביצועו של החוק האמור, וכן מידע על גמלאות ועל תשלומים אחרים מהמוסד לביטוח לאומי שלהם אני או הקטין זכאי או הייתי זכאי. וכל מידע או מסמך הדרושים להחלטת המוסד, או כל מוסד בנקאי או עובד של מוסד בנקאי, וכן פרטים על חשבונות הבנק של או של הקטין וזאת בקשר לתביעה לקבלת גמלה להבטחת הכנסה.</p>	
<p>בלי לגרוע מהאמור לעיל, אני או הקטין מתירים בזה למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו, למסור מידע, מסמך, תעודה, חוות דעת, תפקודית או אחרת, המצוי ברשות המוסד לביטוח לאומי בדבר מצבי הבריאות, התפקודי, הסוציאלי, השיקומי או בדבר גמלאות ותשלומים אחרים שלפי חוק הביטוח הלאומי אני או הקטין זכאים להם.</p>	
<p>אני או הקטין משחרר ופוטר אתכם מחובת השמירה על סודיות כלשהי אחרת, ומוותר בזה על כל טענה בקשר לסודיות אחרת, בלי יוצא מן הכלל, ולא תהיה לי או לקטין אליכם כל טענה או תביעה מסוג כל שהוא למסירת מידע כאמור.</p>	
<p>חתימת התובע ✕ _____ תאריך _____                      שם מגיש התביעה בשם הילד (בן משפחה וכיו"ב) _____ חתימה ✕ _____</p>	



חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
הבטחת הכנסה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: הבטחת הכנסה

פרטים אישיים

קוד גמלה	מס' זהות	תאריך תביעה						
07		<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td>         </td> <td>         </td> <td>     </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום			
שנה	חודש	יום						
שם משפחה	שם פרטי							

חבר בקופת חולים

כללית  מאוחדת  מכבי  לאומית  אחר

הצהרת התובע

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ונותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו או לכל אדם אחר הפועל מטעם המוסד לביטוח לאומי או בעבורו, לקבל או למסור לביטוח לאומי כל מידע שיבקש 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).

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע ✕ \_\_\_\_\_

הצהרת מגיש התביעה

אני הח"מ, המגיש את התביעה בשם הקטין הנ"ל, מוותר על הסודיות הרפואית של הקטין ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלה, מצב רפואי, טיפול שניתן, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי, שיקומי או פסיכיאטרי אודות הקטין.

תאריך \_\_\_\_\_

שם מגיש התביעה בשם הילד (בן משפחה וכיו"ב) \_\_\_\_\_ חתימה ✕ \_\_\_\_\_