



תביעה לתגמול לפי הכנסה לאסירי ציון

חובה לצרף לטופס זה

- ↪ אישורים על הכנסות כמפורט בטופס בסעיף 4 עבור התובע ובן/בת זוג
- ↪ אישור מהבנק בו מתנהל חשבונך על ריכוז יתרות עבור התובע ובן/בת זוג
- ↪ במקרה של הפסקה או צמצום בהיקף עבודה – יש לצרף על כך אישור מהמעביד עבור התובע ובן/בת זוג
- ↪ תלושי שכר/פנסיה של השנה האחרונה עבור התובע ובן/בת זוג

כיצד יש להגיש את התביעה

- ↪ עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.
- ↪ ניתן למלא את התביעה ידנית, לסרוק אותה ואת המסמכים הנוספים שהתבקשו ולשלח באמצעות אתר האינטרנט של ביטוח לאומי.
- ↪ *ניתן לשלח את התביעה בדואר (המוסד לביטוח לאומי- תחום אסירי ציון, שד' וייצמן 13 ירושלים מיקוד 91909), בפקס או לשים בתיבת השירות של סניף הביטוח הלאומי הקרוב אליך.
- ↪ לשאלות וברורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- ↪ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לתגמול לאסיר ציון

עמוד 1 מתוך 3

<p>מס' זהות / דרכון</p> <p>סוג המסמך</p> <p>דפים</p>	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p>חותמת קבלה</p>
--	----------------------------------	-------------------

1 פרטי התובע

1

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות
		שנה חודש יום	ס"ב
<p>מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> מצב משפחתי: <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור <input type="checkbox"/></p> <p>שוהה במוסד סיעודי: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם המוסד _____</p>			
כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי		טלפון נייד	
_____		_____	
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:			
שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר	ס"ב
_____		_____	
<p><input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.</p>			
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
_____		_____	

2 פרטי בן/ בת זוג התובע

2

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות
		שנה חודש יום	ס"ב
<p>מין: <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> בן הזוג הינו אסיר ציון: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/></p>			

3 סטטוס משלח-יד התובע ובן/ בת זוג

3

שים לב: יש להצהיר על משלח יד החל מיום הגשת הבקשה ואילך		
<p>בן/ בת זוג</p> <p><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/></p>	<p>התובע</p> <p><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/></p>	<p>* האם הינך עובד כיום?</p>
_____	_____	** אם הינך עובד עצמאי כיום, נא ציין את סוג העיסוק האחרון בו עסקת (מלאכה, שותפות בעסק, משלח יד)
_____	_____	אם אינך עובד כיום, נא ציין תאריך הפסקת עבודה במקום עבודתך האחרון
שנה חודש יום	שנה חודש יום	
_____	_____	
<p>* אם הינך עובד היום, יש לצרף תלושי שכר מיום הגשת התביעה</p> <p>** אם אינך עובד היום, יש לצרף אישור מעסיק על הפסקת עבודה</p>		

4

פרטים על הכנסות התובע ובן/בת זוגו

שים לב: יש להצהיר על הכנסות החל מיום הגשת הבקשה ואילך

סכום הכנסה חודשי	בן/בת זוגו		התובע		מקור הכנסה
	סמן X בטור המתאים		סמן X בטור המתאים		
	יש	אין	יש	אין	
					1. פנסיה
					2. פנסיה או רנטה מחו"ל
					3. תגמולים ממשרד הביטחון
					4. תגמולים ממשרד האוצר לנכי רדיפות / מלחמה בנאצים
					5. דמי שכירות, תמלוגים, דמי מפתח עבור בית קרקע, בניין תעשייתי או נכסים אחרים
					6. ריבית דיווידנד והפרשי הצמדה
					7. חקלאות, עבודת אדמה, ייעור או גידולי קרקע
					8. אחר. פרט: _____

יש לצרף אישורים על כל מקור הכנסה, החל מיום הגשת הבקשה ואילך

על כל שינוי בהכנסות, יש לידע את מחלקת אסירי ציון בביטוח הלאומי

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר ומפנסיה, אם אתה מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה:

אני מסרב בן/בת הזוג מסרב/ת

שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים ולמשלמי הפנסיה שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

5

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: לחשבון הקיבוץ / המושב לחשבוני הפרטי

אני השותף לחשבון הבנק של: שם _____ ת.ז. _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימם על טופס עדכון החשבון.

אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

x

x

חתימת/חתימות השותפים לחשבון

חתימת מקבל התשלום

תאריך

יש לצרף "תדפיס ריכוז יתרות כולל" מן הבנק של כל חשבונות הבנק שעל שמכם

6 פרטי חשבון הבנק של בן/בת זוגו של התובע

6

שמות בעלי החשבון

סוג החשבון: <input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוצי			
מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף / כתובתו	שם הבנק

7 פרטי מגיש התביעה, אם היא אינה מוגשת על ידי התובע

7

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ב"ס	
סיבת הגשת הבקשה על ידי מגיש התביעה ולא על ידי התובע					
כתובת מגיש הבקשה (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

8 הצהרה

8

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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

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.

אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

תאריך _____ חתימת התובע/ מגיש התביעה ✕ _____