



Ведомство
Национального
страхования Израиля
Управление по вопросам
страхования и страховых
взносов
Страхование и здоровье

מס' זהות / דרכון	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
סוג המסמך	
דפים	

חותמת קבלה

הצהרה – אזרח ישראלי החוזר מאוקראינה לצורך קביעת תושבות ורישום לקופת חולים

Заявление возвращающегося из Украины гражданина Израиля для целей установления проживания в Израиле и записи в больничную кассу

את ההצהרה **בצירוף צילום דרכון אוקראיני** יש לשלוח למייל: ukraine@nioi.gov.il

Декларацию следует отправить электронной почтой по адресу ukraine@nioi.gov.il

1

פרטים אישיים Личные данные

שם משפחה Фамилия	שם פרטי Имя	מספר זהות Номер ID Включая контрольную цифру ס"ב
---------------------	----------------	---

פרטי בן/בת הזוג Данные мужа/жены

שם משפחה Фамилия	שם פרטי Имя	מספר זהות Номер ID Включая контрольную цифру ס"ב
---------------------	----------------	---

כתובת מגורים בישראל ופרטי התקשרות Адрес проживания в Израиле и контактные данные

רחוב/תא דואר Улица/Почтовый ящик	מס' בית Номер дома	כניסה Подъезд	דירה Квартира	יישוב Населённый пункт	מיקוד Индекс
-------------------------------------	--------------------------	------------------	------------------	---------------------------	-----------------

טלפון קווי Стационарный телефон	טלפון נייד Мобильный телефон	דואר אלקטרוני Адрес электронной почты
------------------------------------	---------------------------------	--

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:
В том случае, если номер телефона или адрес электронной почты не являются Вашими,
предоставьте также следующую информацию:

שם משפחה של איש קשר Фамилия контактного лица	שם פרטי של איש קשר Имя контактного лица	מס' זהות של איש קשר Номер ID контактного лица Включая контрольную цифру ס"ב
---	--	--

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

Я отказываюсь получать сообщения, содержащие личную информацию, через цифровые каналы (текстовые сообщения SMS, электронная почта) вместо обычной почты.
 Обратите внимание: если Вы не отметили «Я отказываюсь», уведомления от Национального страхования будут отправлены по цифровым каналам в соответствии с предоставленной Вами информацией.

מען למכתבים אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה

Адрес для получения писем – в случае, если он отличается от указанного выше

שם הנמען Имя адресата		הנמען הוא: <input type="checkbox"/> הוריי <input type="checkbox"/> קרוביי <input type="checkbox"/> חבריי <input type="checkbox"/> מייצגי _____ Адресат является для меня: <input type="checkbox"/> родителіями <input type="checkbox"/> родственниками <input type="checkbox"/> דрузьями <input type="checkbox"/> представителіями _____			
רחוב/תא דואר Улица/Почтовый ящик	מס' בית Номер дома	כניסה Подъезд	דירה Квартира	יישוב Населённый пункт	מיקוד Индекс

2

שירותי בריאות – רישום לקופת חולים

Медицинские услуги – запись в больничную кассу

עבורי Для меня	<input type="checkbox"/> כללית Клалит	<input type="checkbox"/> לאומית Леумית	<input type="checkbox"/> מאוחדת Меухедת	<input type="checkbox"/> מכבי Маккаבי
עבור בן/בת הזוג Для моего мужа/моей жены	<input type="checkbox"/> כללית Клалит	<input type="checkbox"/> לאומית Леумית	<input type="checkbox"/> מאוחדת Меухедת	<input type="checkbox"/> מכבי Маккаבי
עבור הילדים Для детей	<input type="checkbox"/> כללית Клалит	<input type="checkbox"/> לאומית Леумית	<input type="checkbox"/> מאוחדת Меухедת	<input type="checkbox"/> מכבי Маккаבי

פטורים מתקופת המתנה לשירותי בריאות

От периода ожидания на медицинские услуги освобождаются

- ילדים מתחת לגיל 18.
Дети в возрасте до 18 лет.
- יולדות בתקופת אשפוז הלידה כולל הוצאות אשפוז.
Роженица в период госпитализации родов, включая расходы на госпитализацию.
- מבוטח הנזקק לטיפול מציל חיים.
- **Застрахованное лицо, нуждающееся в лечении с целью спасения жизни.**

3

הצהרה Заявление

1. אני מצהיר כי עזבתי את אוקראינה בשל המצב המלחמתי השורר במדינה והגעתי לחיות בישראל.
 Заявляю, что покинул (-а) Украину в связи с военной обстановкой в стране и приехал в Израиль с целью проживания в нём.

2. אני מצהיר כי ידוע לי שלפי החוק אני נדרש להמתין עד 6 חודשים לצורך קבלת שירותי בריאות.
 Мне известно, что по закону я должен ожидать до 6 месяцев, чтобы получить доступ к медицинским услугам.

3. אני מבקש כי תקופת ההמתנה לשירותי בריאות תבוטל ויפתחו לי שירותי בריאות באופן מיידי.
 Прошу отменить период ожидания на доступ к медицинским услугам и немедленно открыть для меня доступ к медицинским услугам.

ידוע לי כי ביטול תקופת ההמתנה כמבוקש כרוכה בקיזוז 13,740 ₪ מתשלומי קצבאות שאהיה זכאי להם.

Мне известно, что отмена периода ожидания на доступ к медицинским услугам в соответствии с данным заявлением связана с удержанием 13,740 шекелей из выплат пособий, на которые я буду иметь право.

מאשר ביטול המתנה לשירותי בריאות.

Одобряю отмену периода ожидания на доступ к медицинским услугам.

לא מאשר ביטול המתנה לשירותי בריאות.

Не одобряю отмену периода ожидания на доступ к медицинским услугам.

4. אני החתום מטה מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי נכונים ומלאים. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי מיד על כל שינוי שיחול בנתונים שלי או של בני משפחתי.

Я, нижеподписавшийся, настоящим заявляю, что все предоставленные мною выше данные являются верными и полными. Я обязуюсь немедленно уведомлять Ведомство национального страхования о любых изменениях в моих данных или данных членов моей семьи.

5. ידוע לי כי מסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים אשר יכולים להשפיע על הזכאות הם עברה על החוק ואדם אשר מוסר פרטים לא נכונים, במרמה או בידועין, דינו קנס כספי או מאסר.

Мне известно, что предоставление неверной информации или сокрытие данных, которые могут повлиять на соответствие требованиям, является нарушением закона, и лицо, предоставившее неверную информацию обманным путем или сознательно, подлежит штрафу или тюремному заключению.

נא למלא מספר ת.ז. _____
 Пожалуйста, заполните номер ID _____

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.
 Я знаю, что в случае изменения контактных данных я должен уведомить об этом Ведомство национального страхования.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.
 В случае, если об изменении контактных данных не поступит соответствующего уведомления, информация будет отправлена по каналам, которые указаны выше в этой форме.

תאריך _____ שם הפונה _____ חתימה * _____
 Дата _____ Фамилие и имя заявителя _____
 Подпись * _____