



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
שיקום

לכבוד
פקיד/ת שיקום
סניף _____

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

הנדון: הצהרה דמי שיקום

1 פרטי המבוטח		
שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.

2 הצהרה	
<p>אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי בעת השתתפותי בתכנית שיקום:</p> <p><input type="checkbox"/> אני עובד ואיני משתכר מעבודה כלשהיא.</p> <p><input type="checkbox"/> אני עובד ומשתכר שכר חודשי בסך _____ ₪ - יש להמציא 3 תלושי שכר.</p> <p><input type="checkbox"/> בן זוגי אינו עובד ואינו משתכר מעבודה כלשהיא</p> <p><input type="checkbox"/> בן זוגי עובד ומשתכר שכר חודשי בסך _____ ₪ - יש להמציא 3 תלושי שכר.</p> <p>אם במהלך תקופת ההכשרה ישתנה מצבי התעסוקתי, הנני מתחייב להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי, מחלקת שיקום סניף _____</p>	
בכבוד רב,	
תאריך	שם המצהיר
_____	_____ חתימה * _____

מכתב זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד