



תביעה לדמי מחייה בעד יתום הזכאי לקצבת שאירים

חובה לצרף לטופס זה

- ↪ אישור מבית הספר בו לומד הילד, בו תצוין הכיתה בה הוא לומד. יש לצרף אישור מחודש ספטמבר של שנת הלימודים הנוכחית.
- ↪ אישורים על הכנסות מכל המקורות מעודכנים לחודש ספטמבר של שנת הלימודים.
- ↪ במידה והילד מוחזק ע"י גוף ציבורי, יש להמציא אישור מהגוף המחזיק בילד, בו יפורט סכום האחזקה החודשית ועבור מה היא ניתנת.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ↪ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- ↪ לידיעתך - הגמלה תשולם בעד תקופה רטרואקטיבית של עד 12 חודשים מיום הגשת התביעה.
- ↪ 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

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> מס' זהות / דרכון _____ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> לשימוש פנימי בלבד (סריקה) </div> </div>	
סוג המסמך 0 1	דפים _____

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
זקנה ושאירים



**תביעה לדמי מחיה בעד יתום
הזכאי לקצבת שאירים בשנת
הלימודים _____**

מספר זהות המנוח

1

פרטי הילדים הלומדים בבית ספר תיכון או נמצאים בהכשרה מקצועית

ילד שלישי	ילד שני	ילד ראשון	
			שם הילד
ס"ב	ס"ב	ס"ב	מספר הזהות
_____ שנה חודש יום	_____ שנה חודש יום	_____ שנה חודש יום	תאריך הלידה
			שם המוסד החינוכי
			מספר שעות הלימוד בשבוע
			אם אינו גר בבית התובע/ת, נא לפרט היכן גר וע"י מי מוחזק
			הכנסות הילד מנכסים
			הכנסות הילד מפנסיה

2

פרטי תובע הגמלה

שם משפחה _____		שם פרטי _____		מס' ת.ז. _____		מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
מצב משפחתי: <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> ידוע בציבור						
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)						
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	
טלפון קווי _____	טלפון נייד _____	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS		מספר פקס _____		
דואר אלקטרוני						
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)						
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	

3

הכנסה חודשית של ההורה

שים לב:
יש לסמן גם אם אין הכנסות.

הכנסות לחודש	הכנסות ההורה		מקור
	אין הכנסות	יש הכנסות	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה שכירה
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה עצמאית
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פנסיה מעבודה
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	רנטה מחו"ל
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמולים
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שכר דירה
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אחר, פרט _____

4

הצהרה

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.

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 כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

חתימת התובע **x**

תאריך _____