



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
תביעה לתשלום תוספת  
תלויים לידי בן/בת זוג  
לזכאי קצבת נכות

עמוד 1 מתוך 2

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

אבקש לשלם לי במישרין את תוספת התלויים בעבור (ניתן לסמן יותר מאפשרות אחת):  
 בן / בת זוג       ילדים שבגמלת הנכה (הרשום מטה)

<b>1 פרטי הנכה</b>															
שם משפחה		שם פרטי													
מספר זהות ס"ב		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td></tr> </table>													
<b>כתובת</b>															
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד										

<b>2 פרטי בן/בת הזוג</b>																									
שם משפחה		שם פרטי																							
מספר זהות ס"ב		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td></tr> </table>																							
האם את/ה מתגורר/ת עם הנכה? <input type="checkbox"/> כן (עבור לסעיף מס' 3) <input type="checkbox"/> לא (נא מלא את כתובתך בסעיף הבא)																									
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>																									
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד																				
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני																							
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 10%;">0</td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td></tr> </table>	0										<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 10%;">0</td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td></tr> </table>	0										<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS			
0																									
0																									
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>																									
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד																				

<b>3 פרטי הילדים</b>															
<input type="checkbox"/> הילדים הנ"ל נמצאים בהחזקתי ופרנסתם עלי															
שם משפחה		שם פרטי													
מספר זהות ס"ב		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td></tr> </table>													
שם משפחה		שם פרטי													
מספר זהות ס"ב		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td></tr> </table>													
שם משפחה		שם פרטי													
מספר זהות ס"ב		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td></tr> </table>													

**4 הכנסתי מעבודה**

אין  
 יש, ההכנסה החודשית החייבת בדמי ביטוח בגובה \_\_\_\_\_ ש"ח (צרף תלושי שכר או מכתב מעסיק)

**פרטי מקום העבודה**

שם המוסד/המעביד/המפעל: \_\_\_\_\_

טלפון: \_\_\_\_\_

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב

**5 הכנסותי שלא מעבודה**

אין  
 יש, מקור ההכנסה: \_\_\_\_\_  
 הסכום הכולל לחודש: \_\_\_\_\_ ש"ח

**6 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

**שים לב : תשלום תוספת בעבור הילדים שצוינו בטופס התביעה מותנה בהליך של מינוי מקבל גמלה ( מילוי טופס בל/3295)**

**7 הצהרה**

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן מענק לפי חוק זה או להגדלתו 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 לתשלום תוספת תלויים או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי תוך 30 יום. אני מתחייב בזה להודיע למוסד לביטוח לאומי ללא דיחוי על כל שינוי שיחול במצבי המשפחתי, התעסוקתי או בהכנסותי מעבודה ושלא מעבודה.

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.

**התביעה לא תטופל בלי חתימתך**

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