



תביעה להבטחת הכנסה - טופס למילוי עצמי

מי זכאי לקבלת גמלה להבטחת הכנסה?

תושב ישראל שאין לו הכנסה כלל, או שהכנסתו נמוכה.

מי אינו זכאי לקבלת גמלה להבטחת הכנסה?

- אדם הנמצא במוסד, וכל החזקתו על חשבון אוצר המדינה, כולל בית סוהר (בן/בת הזוג של אדם זה יכול לבדוק זכאות בנפרד!).
- אדם המשרת שירות חובה בצה"ל ואשתו/בעלה.
- חבר קיבוץ או מושב שיתופי.
- תלמיד ישיבה או מוסד תורני.
- תלמיד הלומד במוסד לימודים על תיכונים או מוסד להשכלה גבוהה, פרט להורה יחיד.

יש למלא את טופס התביעה בעברית בלבד!

כמה דברים שכדאי לך לדעת:

- זכאותך לגמלה תבחן לכל המוקדם כחודש ממסירת טופס מלא זה בסניף. לכן, הגש את הטופס ללא דיחוי, גם אם חסרים לך חלק מהמסמכים שיש לצרף.
- השלם את המסמכים החסרים בתוך 21 יום ממועד מסירת הטופס.
- אם הינך נשוי, או אם הינך גר עם בן/בת זוג – זכאותכם מותנית בקיום התנאים והדרישות ע"י שניכם.
- תעודת הזהות שלך חייבת להיות מעודכנת (כתובת, מצב משפחתי, הולדת ילדים וכו'), כדי למנוע עיכוב בטיפול בתביעתך.

שים לב! לפני הגשת הטפסים לסניף – נא ודא כי:

- מילאת את כל הפרטים שלך ושל בן/בת זוגך בכל המקומות בטופס.
- חתמת בכל המקומות המסומנים לך, כולל חתימות בן/בת הזוג.
- פירטת את סיבת הגשת התביעה כנדרש, במקום המיועד לכך בטופס.
- צירפת את כל המסמכים שנדרשו. אם יש קושי בהמצאת מסמך מסוים – נא ציין את הסיבה לכך.

טופס תביעה שלא מולאו בו כל הפרטים – יוחזר!

כיצד מגישים את טופס התביעה?

- עמודים 1 עד 11 - הכנס לתיבת השירות בסניף, או שלח לסניף באמצעות דואר ישראל.
- עמוד 13 - מסור לשירות התעסוקה אם אתה ו/או בן/בת זוגך נדרשים להתייצב בשירות התעסוקה.
- לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון שמספרו *6050 או 04-8812345.
- לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

האם גר איתך?	תאריך לידה	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, ציין היכן: _____	שנה חודש יום				1.
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, ציין היכן: _____	שנה חודש יום				2.
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, ציין היכן: _____	שנה חודש יום				3.
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, ציין היכן: _____	שנה חודש יום				4.
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, ציין היכן: _____	שנה חודש יום				5.
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, ציין היכן: _____	שנה חודש יום				6.

< לידעתך, משולמת תוספת בגמלה עבור שני ילדים בלבד.
 < אם יש לך ילדים נוספים – נא להוסיף את הפרטים שלהם בדף נפרד.
 < אם יש לך ילדים בגילאים 18-24 הנמצאים באחת מהמסגרות המפורטות להלן, על מנת לקבל תוספת עבורם, נא צרף אישור מהגורם המתאים:
 – לימודים תיכוניים או לימודים להשלמת בגרות
 – התנדבות למטרה ציבורית או לאומית לפני השירות בצה"ל
 – שירות לאומי
 – שוחר במסגרת קדם צבאית או עתודה באישור צה"ל

פרטים על לימודים

כן לא האם אתה לומד?
 כן לא האם אתה לומד בישיבה?
 נא פרט למטה את פרטי מוסד הלימודים:

שם קורס / תואר	שם המוסד / מקום הלימודים
מועד סיום הלימודים	מועד התחלת הלימודים
שנה חודש	שנה חודש
<input type="checkbox"/> מכינה לאוניברסיטה / פסיכומטרי <input type="checkbox"/> תעודת משרד העבודה / תמ"ת / משרד ממשלתי <input type="checkbox"/> בוגר אוניברסיטה (B.A) <input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____	<input type="checkbox"/> תעודת סיום קורס <input type="checkbox"/> תעודת טכנאי / הנדסאי <input type="checkbox"/> תעודת משרד ממשלתי
יש לצרף אישור ממקום הלימודים	
<input type="checkbox"/> כן, לומד בישיבה <input type="checkbox"/> כן, לומד במוסד לימודים שאינו ישיבה	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, לומד במוסד לימודים שאינו ישיבה
שם קורס / תואר	שם המוסד / מקום הלימודים
מועד סיום הלימודים	מועד התחלת הלימודים
שנה חודש	שנה חודש
<input type="checkbox"/> מכינה לאוניברסיטה / פסיכומטרי <input type="checkbox"/> תעודת משרד העבודה / תמ"ת / משרד ממשלתי <input type="checkbox"/> בוגר אוניברסיטה (B.A) <input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____	<input type="checkbox"/> תעודת סיום קורס <input type="checkbox"/> תעודת טכנאי / הנדסאי <input type="checkbox"/> תעודת משרד ממשלתי
יש לצרף אישור ממקום הלימודים	

6

מלא את הטבלה שלהלן (חובה למלא גם אם לא קיים ברשותך רכב!)

לילדים עד גיל 22 (כמפורט בסעיף 4 לעיל)	לבן/בת זוג	לתובע	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן שם הילד: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם יש רישיון נהיגה?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן מס' רכב: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן מס' רכב: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן מס' רכב: _____	האם יש רכב בבעלות?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן מס' רכב: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן מס' רכב: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן מס' רכב: _____	האם יש רכב בשימוש?

האם הרכב שבבעלותך או בשימושך נדרש לצרכים רפואיים, שלך או של בני משפחתך (בן/בת זוג, ילד, הורה בלבד)?
 לא כן - אם כן - נא להביא מהרופא המטפל אישור על מצבו הרפואי של החולה, מספר טיפולים בחודש ותכנית טיפול מהמוסד המטפל.

בעל רכב:

- ◀ מי שבבעלותו, בשימוש או ברשותו רכב, אינו זכאי לגמלה להבטחת הכנסה, אלא אם כן מדובר ב"רכב ניידות" או רכב המיועד לצרכים רפואיים (שלך או של אחד מבני המשפחה, רכב המשמש ילד נכה).
- ◀ אם אתה או בן/בת זוגך עובדים בשכר (מעל 25% מהשכר הממוצע במשק ועד להכנסה המינימאלית הנדרשת למחיה ע"פ חוק הבטחת הכנסה), ובבעלותכם או בשימושכם רכב, לא תישלל זכאות ובלבד שנפח המנוע עד 1,300 סמ"ק וחלפו 7 שנים מתום שנת ייצור, או עד נפח מנוע 1,600 סמ"ק וחלפו 12 שנים מתום שנת הייצור.
- ◀ אם הינך חולה לפחות 30 ימים רצופים, הינך רשאי להפקיד את הרישיונות במשרד הרישוי לתקופת המחלה. יש לצרף אישור מקורי ממשרד הרישוי.

7

סיבת הגשת התביעה

- א. מדוע אתה מגיש את התביעה? _____

- ב. כיצד התקיימת בשנה האחרונה? (מה היו מקורות ההכנסה שלך ושל בן/בת זוגך? איך שילמת את ההוצאות הבסיסיות שלך, כגון כלכלה, מיסים, חשבונות, והוצאות הבית?) _____

- ג. מה העיסוקים שלך ושל בן/בת זוגך במשך היום ובמשך השבוע? _____

- ד. אם פנית לעובד סוציאלי - נא ציין: שם העובד הסוציאלי: _____
 מספר טלפון של עובד סוציאלי: _____ שם וכתובת הלשכה: _____

תעסוקה

8

אם אינך עובד – כדי לקבל גמלה עליך להתייצב בלשכת התעסוקה לצורך חיפוש עבודה!

אם אתה ו/או בן/בת זוגך אינכם עובדים, או אם אתם עובדים במשרה חלקית פחות מ- 40 שעות בשבוע, עליכם לגשת ללשכת התעסוקה במקום מגוריכם עם ההפניה המצורפת בעמ' 13, כדי לקבל כל עבודה המתאימה למצב בריאותכם.

מי אינו צריך להתייצב בלשכת התעסוקה לצורך מציאת עבודה?

נא סמן ב- X את הסעיף המתאים לך ולבן/בת הזוג:

- (1) עובד במשרה מלאה.
- (2) אם (נשואה או חד-הורית) וכן אב חד הורי לילדים הנמצאים בחזקתו/ה ובטיפולו/ה, ולצער ביניהם טרם מלאו שנתיים.
- (3) אישה בהריון בשבוע ה- 13 לפחות.
- (4) מי שחולה לפחות 30 ימים רצופים והמחלה טרם הסתיימה.
- (5) מי שמשגיח בלעדית על בן משפחה חולה (אב, אם, ילד עד גיל 18, בן/בת חולה מעל גיל 18, בן/בת זוג) משך רוב שעות היממה, בתנאי שמתגוררים תחת קורת גג אחת.
- (6) אם לילד המקבלת קצבת ילד נכה.
- (7) לומד בקורס שהופנה אליו ע"י שירות התעסוקה.
- (8) מי שנמצא במרכז שיקום בפיקוח משרד הרווחה או משתתף בתוכנית שיקום תעסוקתי בחסות משרד ממשלתי.
- (9) אסיר משוחרר לאחר תקופת מאסר של 6 חודשים רצופים, אם עדיין לא חלפו חודשיים ממועד שחרורו.
- (10) אסיר העובד עבודות שירות.
- (11) מי שנמצא במעצר בית.
- (12) מכור לסמים או לאלכוהול הנמצא בתוכנית גמילה ו/או שיקום.
- (13) לומד באולפן מטעם משרד הקליטה בשעות הבוקר, חמישה ימים בשבוע.
- (14) עובד במפעל מוגן.
- (15) מי שמטופל במחלקה לדרי רחוב ברשות מקומית.

תעסוקת התובע ובן/בת הזוג

9

תעסוקת התובע

האם עבדת בעבודה כלשהי בשנה האחרונה (כולל עבודה מזדמנת)? לא כן, אם כן - נא פרט למטה:

מועד תחילת עבודה	מועד סיום עבודה	שם המעסיק	טלפון המעסיק
שנה חודש	שנה חודש		

האם קיבלת פיצויים?

לא כן, סכום הפיצויים: _____

האם אתה עובד היום?

לא (עבור לסעיף 10) כן. היקף משרה(שעות שבועיות): _____
אם הינך עובד אצל מספר מעסיקים – נא צרף טופס "אישור המעסיק על העסקת עובד" מכל מעסיק, ו- 3 תלושי שכר אחרונים.

תעסוקת בן/בת הזוג

האם עבדת בעבודה כלשהי בשנה האחרונה (כולל עבודה מזדמנת)? לא כן, אם כן - נא פרט למטה:

מועד תחילת עבודה	מועד סיום עבודה	שם המעסיק	טלפון המעסיק
שנה חודש	שנה חודש		

האם קיבלת פיצויים?

לא כן, סכום הפיצויים: _____

האם אתה עובד היום?

לא (עבור לסעיף 10) כן. היקף משרה(שעות שבועיות): _____
אם הינך עובד אצל מספר מעסיקים – נא צרף טופס "אישור המעסיק על העסקת עובד" מכל מעסיק, ו- 3 תלושי שכר אחרונים.

פירוט הכנסות ונכסים נא התייחס לכל אחד ממקורות ההכנסה הבאים (אם יש לך וגם אם אין):

מקור הכנסה/נכס	לתובע	לבן/בת הזוג
שכר עבודה	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
פנסיה בישראל	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
פנסיה בחו"ל	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
רנטה בחו"ל	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
תגמולים ממשד הביטחון או האוצר	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
דמי שכירות מנכס	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
מזונות	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
גמלה ממשד הקליטה/סוכנות	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
השקעות בחברה לניהול פיננסי	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
אחר: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____

נא לצרף אישורים המעידים על הכנסותיך (לדוגמא: הכנסה מפנסיה – תלוש פנסיה).

האם אתה משלם מזונות? לא כן, סכום: _____ אם כן - נא לצרף פסק דין והוכחת תשלום



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
הבטחת הכנסה

תביעה לגמלה להבטחת הכנסה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך

דפים

04

הערה חשובה: הגמלה תועבר רק לחשבון הרשום על שם התובע או בן/בת הזוג.

הצהרת חשבונות בנק

11

- בטבלה שלהלן נא הצהר על כל החשבונות המתנהלים בבנקים על שמך, שם בן/בת זוגך וכן של ילדיך.
- נא צרף להצהרתך אישור או תדפיס ממכשירי המידע האוטומטיים של הבנקים (ריכוז/שיעור יתרות, תדפיסי עו"ש).
- לגבי קופת גמל נא לציין תאריך פתיחה.
- אם אין לך חשבון מסוג מסוים – סמן "אין".

הצהרה: אני החתום מטה מצהיר בזאת כי על שמי ו/או על שם בן/בת זוגי ו/או על שם הילד שבחזקתי קיימים חשבונות בבנק כדלקמן, ולא קיימים חשבונות נוספים מעבר למפורט:

שם התובע _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה X _____

סוג חשבון	סמן משבצת	שם בעל חשבון	מספר חשבון	שם בנק	שם סניף	מס' סניף
1. חשבונות עו"ש	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
2. פיקדונות שקליים	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
3. פיקדונות מט"ח	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
4. תוכניות חיסכון	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
5. קופות גמל	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
6. ניירות ערך	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
7. אחר	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____

פרטי חשבון הבנק של התובע

12

להלן פרטי החשבון שאליו יש לשלם את הגמלה, אם תאושר זכאות. יש להמציא אישור מהבנק על פרטי בעלי החשבון (מס' תעודת זהות, מס' חשבון בנק, כתובת). שמות בעלי החשבון (כולל שותפים)

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
_____	_____	_____	_____

אם חשבון הבנק אליו תופקד הגמלה מוגבל, נא לחתום על ההצהרה הבאה:

ידוע לי שהחשבון נמצא ברשימת החשבונות המוגבלים, וכי הבנק לא יאפשר לי למשוך כספים מחשבון זה. אני מתחייב בזה שלא להעלות כנגד המוסד לביטוח לאומי כל טענה כנגד תשלום לחשבון זה, או כל טענה בגין אי קבלת הכספים.

שם התובע _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה X _____
שם בן/בת הזוג _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה X _____



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
הבטחת הכנסה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון																			
<table border="1"> <tr> <td>3</td> <td>0</td> <td colspan="2">סוג המסמך</td> <td colspan="2">דפים</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>										3	0	סוג המסמך		דפים					
3	0	סוג המסמך		דפים															

תביעה לגמלה להבטחת הכנסה

שאלון נכסים

13

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

1. האם הדירה שבה אתה גר רשומה על שמך ו/או על שם בן/בת זוגך?

<input type="checkbox"/> לא, שם בעל הדירה גוש חלקה _____ <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ קרבה משפחתית?
--	---

2. האם בבעלותך או בבעלות בן/בת זוגך או ילדיך דירה / יחידת דיור / מבנה / חנות? אם יש יותר מאחת – ציין את כולן:

<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____	כתובת הדירה גוש _____ חלקה _____ צרף אישור ממס רכוש / טאבו
--	--

3. האם הדירה הנוספת / יחידת דיור / מבנה / חנות, משמשת אדם אחר?

<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____	שם הדייר	מספר זהות	קרבה משפחתית?	צרף חוזה שכירות, אם יש
			<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____	

4. האם הקרקע שעליה בנויה דירתך רשומה על שמך או על שם בן/בת זוגך?

<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט: _____	שם בעל הקרקע	קרבה משפחתית?
		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____

5. האם מעל הדירה שבה אתה מתגורר, מתחתיה או בסמוך לה, נבנו דירות נוספות המשמשות בן/בת משפחה או קרוב משפחה אחר?

לא
 כן, אם כן – נא מלא את הפרטים הנדרשים הבאים:

שם הדייר	מספר זהות	סוג קרבה	ע"ש מי רשומה הדירה?	מי מימן את בניית הדירה?	ממתי הדייר מתגורר בדירה?

נא לצרף: היתרי בנייה, קבלות על הוצאות הבנייה, אישור על מועד התחברות לחשמל, אישור תשלום ארנונה, חוזה שכירות, ייפוי כוח בלתי חוזר

6. האם ילדיך גרים בדירות בבעלותם?

<input type="checkbox"/> לא, ציין את שמותיהם: _____ <input type="checkbox"/> כן, ציין את שמותיהם: _____
--

7. האם מכרת נכס בחמש השנים האחרונות?

<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט סכום המכירה: _____ ש"ח
--

8. האם נתת נכס כלשהו במתנה ללא תמורה בחמש השנים האחרונות?

<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____	סוג הנכס <input type="checkbox"/> קרקע <input type="checkbox"/> מבנה
--	--

שם	מס' זהות	קרבת משפחה	תאריך העברה	צרף אישור מלשכת מקרקעין/ טאבו

9. האם ברשותך / בבעלותך אדמות / קרקעות/ מגרש?

צרך אישור ממס רכוש / טאבו / מנהל מקרקעי ישראל	שטח קרקע	חלקה	גוש	<input type="checkbox"/> לא
				<input type="checkbox"/> כן, פרט:

10. האם נבנה מבנה כלשהו על האדמה / קרקע / מגרש בבעלותך או ברשותך?

באיזה שנה נבנה המבנה?	בבעלות מי המבנה?	קרבה	שם הדייר	סוג המבנה	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט:
				<input type="checkbox"/> מגורים <input type="checkbox"/> יחידת דיור <input type="checkbox"/> אחר	

11. האם ברשותך / בבעלותך משק חקלאי?

לא כן

12. פרטי ההורים (יש למלא סעיף זה רק לגבי הורים שאינם בחיים)

שם האב	מספר זהות	כתובת בה התגוררו ההורים	פרטי הורי התובע.
שם האם	מספר זהות	כתובת בה התגוררו ההורים	
פרט את נכסי ההורים (דירה, קרקע, מגרש, מבנה):			
שם האב	מספר זהות	כתובת בה התגוררו ההורים	פרטי הורי בן/בת הזוג.
שם האם	מספר זהות	כתובת בה התגוררו ההורים	
פרט את נכסי ההורים (דירה, קרקע, מגרש, מבנה):			

13. האם הועברו נכסים בירושה/במתנה לך, לבן/בת זוגך או לילדיך?

סוג הנכס	מס' חלקה	מתי ניתן?	מי נתן?	קרבה משפחתית	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט:

14. האם קיים צו קיום צוואה או צו ירושה של בעל הנכס הנ"ל שנפטר?

כן,

לא, נא ציין את פרטי כל היורשים: נא לצרף צו ירושה / קיום צוואה

שם	מספר זהות

15. ציין מה חלקך או חלק בן/בת זוגך בירושה:

16. האם ברשותך / בבעלותך עדר צאן/בקר/גמלים?

לא כן, פרט: _____:סוג: _____ כמות: _____

כתב ויתור סודיות והרשאה למסירת מידע

14

אני הח"מ נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד מעובדיו ו/או לכל אדם אחר הפועל מטעם המוסד לביטוח לאומי או בעבורו, לקבל או למסור לביטוח לאומי כל מידע שיבקש אודותי והמצוי ברשותכם, לרבות מידע על מצבי הרפואי, לרבות טיפולים בתחום הפסיכיאטרי, הסוציאלי, התפקודי או השיקומי בעבר ובהווה (כולל מידע הנוגע לסיידור ילדי במסגרת חוץ ביתית), וכן כל מידע הנוגע לנכות רפואית או אחרת שנקבעה לו לפי חוק הביטוח הלאומי ו/או לצורך ביצועו של החוק האמור, וכן מידע על גמלאות ותשלומים אחרים מהמוסד לביטוח לאומי שלהם זכאי או היותו זכאי, וכל מידע או מסמך הדרושים להחלטת המוסד, ו/או כל מוסד בנקאי או עובד של מוסד בנקאי, וכן פרטים על חשבונות הבנק שלי ושלנו, וזאת בקשר לתביעה לקבלת גמלה להבטחת הכנסה.

מבלי לגרוע באמור לעיל אני מתיר בזה למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו, למסור מידע, מסמך, תעודה, חוות דעת, דו"ח או הערכה רפואית, תפקודית או אחרת המצוי ברשות המוסד לביטוח לאומי והנוגעים למצבי הבריאותי, התפקודי, הסוציאלי, השיקומי ו/או הנוגע לגמלאות ולתשלומים אחרים שלפי חוק הביטוח הלאומי.

והריני משחרר ופוטר אתכם מחובת השמירה על סודיות רפואית או סודיות כלשהי אחרת, ומוותר בזה על כל טענה בקשר לסודיות רפואית או אחרת, בלי יוצא מן הכלל, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו למסירת מידע כאמור.

שם התובע _____ תעודת זהות _____ חתימה _____ תאריך _____
 שם בן/בת הזוג _____ תעודת זהות _____ חתימה _____ תאריך _____

הצהרה

15

מספר זהות	שם התובע
	
מספר זהות	שם בן/בת הזוג
	

אני / אנו הח"מ התובע/ים גמלת הבטחת הכנסה מצהיר/ים בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי/נו בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים.

ידוע לי/לנו שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה ע"פ חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין – דינו/דינה קנס כספי או מאסר.

ידוע לי/לנו כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי/מסרנו בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי/נו לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני/אנו מתחייב/ים להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

כמו כן אני/אנו מתחייב/ים להודיע למוסד על כל שינוי, כגון: מצב משפחתי, מקום מגורים, לימודים, עבודה, מקורות הכנסה ועל כל יציאה מהארץ.

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

תאריך _____ חתימת התובע _____ חתימת בן/בת הזוג _____

רשימת מסמכים ואישורים לצירוף לתביעה

☞ אם אתה נתקל בקושי בהמצאת מסמך מסוים, נא ציין זאת בעת הגשת המסמכים

<ul style="list-style-type: none"> ☞ צילום תעודת זהות מעודכנת כולל ספח ☞ אישור על פרטי בעל חשבון ☞ אישור מכל הבנקים על חסכונות, פיקדונות, קופ"ג ☞ פירוט עו"ש מכל הבנקים ב- 3 החודשים האחרונים. 	<p>לכל התובעים</p>
<ul style="list-style-type: none"> ☞ עליך ועל בן/בת זוגך לפנות לשירות התעסוקה בצירוף ההפניה בעמוד 13 ☞ אם עבדת והפסקת לעבוד יש לצרף אישור על גובה הפיצויים שקיבלת ממקום עבודתך האחרון ומקרה מבטחת (כגון מקפת, מבטחים ועוד), אם ישנם. ☞ אישור על מועד הפסקת עבודה שלך ושל בן/בת זוגך. 	<p>למחוסר עבודה</p>
<ul style="list-style-type: none"> ☞ טופס למילוי המעביד (בעמודים 11-12) ☞ 3 תלושי שכר אחרונים 	<p>לעובד</p>
<ul style="list-style-type: none"> ☞ אישור ממקום הלימודים על תאריך תחילת וסיום לימודים ☞ לתלמיד בהכשרה מקצועית בלבד - הפניה לקורס ע"י שירות התעסוקה (ש"ת 22) ☞ לתלמיד בהכשרה מקצועית בלבד - אישור השתתפות בלימודים בחודש הראשון, ומדי חודש בחודשו (מיד עם קבלתו) 	<p>הכשרה מקצועית / לימודים</p>
<ul style="list-style-type: none"> ☞ תעודה רפואית המציינת אי כושר לעבוד מיום ... עד יום ... ☞ אם עבדת עד מחלתך - נא המצא תלוש שכר ואישור המעסיק / חברת הביטוח על זכאות לדמי מחלה, המפרט: מספר ימי המחלה הכלולים בתשלום (מתאריך ... עד תאריך ...), ולאיזה חודשים מתייחס התשלום. 	<p>מחלה – כאשר אינך מסוגל לעבוד 30 ימים רצופים לפחות</p>
<ul style="list-style-type: none"> ☞ אישור על הגשת תביעה למזונות, או פסק דין למזונות ☞ אם לא הגשת תביעה למזונות ואת נפרדת פחות מ- 12 חודשים – עליך להגיש תביעה למזונות ☞ פטורה מלהגיש תביעה למזונות: מי שנפרדת יותר מ- 12 חודשים, או אם בן זוגה מקבל קצבת נכות כללית או גמלת הבטחת הכנסה. 	<p>נפרדת</p>
<ul style="list-style-type: none"> ☞ הסכם גירושין / פסק דין למזונות. 	<p>גרוש</p>
<ul style="list-style-type: none"> ☞ הסכם ממון / פסק דין למזונות (אם יש). 	<p>רווק עם ילדים</p>
<ul style="list-style-type: none"> ☞ אישור מרופא נשים המציין מועד תחילת היריון, או שבוע ההיריון. 	<p>אישה הרה</p>
<ul style="list-style-type: none"> ☞ אישור מהמשטרה / שירות בתי הסוהר על תאריך תחילת מעצר / מאסר ותאריך סיום מלא ובניכוי שלישי. 	<p>בן/בת זוג במעצר או במאסר</p>
<ul style="list-style-type: none"> ☞ אישור על ביצוע עבודות שירות מהממונה על עבודות השירות. 	<p>אסיר בעבודות חוץ</p>
<ul style="list-style-type: none"> ☞ צו בית משפט לפיו נקבע מעצר בית ☞ אישור בית משפט על מועד הדין הבא. 	<p>מעצר בית</p>
<ul style="list-style-type: none"> ☞ אישור על תאריך תחילת שהותך במרכז הגמילה ושיתוף פעולה ☞ אם הנך בטיפול המחלקה לשירותים חברתיים – יש להביא את תוכנית הטיפול. 	<p>גמילה מסמים או מאלכוהול</p>
<ul style="list-style-type: none"> ☞ אישור על תחילת תהליך השיקום, ועל שיתוף פעולה מידי חודש. 	<p>מרכז שיקום ואבחון / תוכנית שיקומית</p>
<ul style="list-style-type: none"> ☞ אישור ממקום הלימודים על תאריך תחילה וסיום הלימודים / פירוט ימים ושעות הלימוד. 	<p>לימודים באולפן</p>



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
הבטחת הכנסה

תביעה לגמלה להבטחת הכנסה

מעסיק נכבד,
נודה לך על מילוי הפרטים כמפורט להלן.

מספר תיק: _____

מס' זהות _____

סוג המסמך **03** דפים _____

אישור המעסיק על העסקת עובד

I פרטים על העובד

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות _____

ס"ב _____

II פרטים על העבודה ועל היקף המשרה

הנ"ל מועסק אצלי מתאריך: _____ עובד חודשי/יומי היקף משרה: מלאה חלקית % המשרה _____

פירוט שעות העבודה לפי הימים בשבוע					הנ"ל מועסק אצלי: <input type="checkbox"/> בעבודת ניקיון <input type="checkbox"/> כמטפל: <input type="checkbox"/> בילד <input type="checkbox"/> בחולה <input type="checkbox"/> בקשיש, מס' קשישים _____ מס' שעות בשבוע _____ <input type="checkbox"/> אחר _____
ביום	משעה	עד שעה	ו-משעה	עד שעה	
א					
ב					
ג					
ד					
ה					
ו					
שבת					

תאריך תחילת העבודה	תדירות העבודה	מס' שעות עבודה בשבוע	סה"כ שעות עבודה בחודש
_____	<input type="checkbox"/> כל שבוע <input type="checkbox"/> כל שבועיים אחר, פרט: _____	_____	_____

האם קיימת אפשרות להגדיל את היקף המשרה? לא כן, ב- _____ שעות בחודש

III תשלומים

בסיס השכר _____

לפי שעה, הסכום לשעה _____ ש"ח
 לפי יום, הסכום ליום _____ ש"ח
 לפי חודש, הסכום לחודש _____ ש"ח

פירוט השכר ברוטו ל- 3 החודשים האחרונים (כולל נסיעות)

חודש _____	סך _____	ש"ח _____
חודש _____	סך _____	ש"ח _____
חודש _____	סך _____	ש"ח _____

באיזה אופן משולם השכר?
 לחשבון הבנק בהמחאה במזומן

תשלומים נוספים

ביגוד לא כן, סכום _____ תאריך תשלום אחרון _____

הבראה לא כן, סכום _____ תאריך תשלום אחרון _____

תשלומים אחרים

לא כן, בעבור _____

כן, סכום _____ תאריך תשלום אחרון _____

תאריך תשלום בכל חודש _____



תביעה לגמלה להבטחת הכנסה

טופס זה יש למסור בלשכת התעסוקה ממולא וחתום על ידך

הצהרה לשירות התעסוקה – תובע

לכבוד

שירות התעסוקה

סניף: _____

תאריך: _____

אני מצהיר בזאת שאני הח"מ הגשתי תביעה להבטחת הכנסה בתאריך _____ בסניף _____		
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ס
<p>אני מצהיר בזאת כי ידוע לי שעלי לפנות מיד לשירות התעסוקה, להתייצב כפי שיידרש על ידם, ולקבל כל עבודה מתאימה שתוצע לי.</p> <p><input type="checkbox"/> אינני עובד <input type="checkbox"/> אני עובד בהיקף של _____ שעות בשבוע, אצל: _____</p> <p>ידוע לי כי לעניין חוק הבטחת הכנסה "עבודה מתאימה" הינה כל עבודה התואמת את מצבי הבריאותי וכושרי הגופני, וכי עלי להירשם כתובע הבטחת הכנסה. כן ידוע לי, שאם לא אנהג בהתאם להוראות שירות התעסוקה, או שאסרב לקבל כל עבודה מתאימה המוצעת לי על ידו, יגרום הדבר לשלילת הזכאות לגמלה להבטחת הכנסה לחודש הסירוב ולחודש שאחריו. הנני מסכים בזאת שהמוסד לביטוח לאומי יעביר לשירות התעסוקה כל מידע או תיעוד אודותיי הנמצא בידיו, והדרוש לצורך טיפול בהשמתי בעבודה.</p> <p>אני מצהיר בזאת כי (נא סמן את הסעיף המתאים):</p> <p><input type="checkbox"/> לא הגשתי תביעה לנכות למוסד לביטוח לאומי <input type="checkbox"/> הגשתי תביעה לנכות כללית למוסד לביטוח לאומי</p> <p><input type="checkbox"/> אושרו לי ע"י המוסד לביטוח לאומי % _____ נכות התקפים למועד זה. מצ"ב קביעת מחלקת נכות.</p> <p>חתימת התובע ✕ _____ תאריך _____</p>		

הצהרה לשירות התעסוקה – בן/בת זוג

אני מצהיר בזאת שאני הח"מ הגשתי תביעה להבטחת הכנסה בתאריך _____ בסניף _____		
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ס
<p>אני מצהיר בזאת כי ידוע לי שעלי לפנות מיד לשירות התעסוקה, להתייצב כפי שיידרש על ידם, ולקבל כל עבודה מתאימה שתוצע לי.</p> <p><input type="checkbox"/> אינני עובד <input type="checkbox"/> אני עובד בהיקף של _____ שעות בשבוע, אצל: _____</p> <p>ידוע לי כי לעניין חוק הבטחת הכנסה "עבודה מתאימה" הינה כל עבודה התואמת את מצבי הבריאותי וכושרי הגופני, וכי עלי להירשם כתובע הבטחת הכנסה. כן ידוע לי, שאם לא אנהג בהתאם להוראות שירות התעסוקה, או שאסרב לקבל כל עבודה מתאימה המוצעת לי על ידו, יגרום הדבר לשלילת הזכאות לגמלה להבטחת הכנסה לחודש הסירוב ולחודש שאחריו. הנני מסכים בזאת שהמוסד לביטוח לאומי יעביר לשירות התעסוקה כל מידע או תיעוד אודותיי הנמצא בידיו, והדרוש לצורך טיפול בהשמתי בעבודה.</p> <p>אני מצהיר בזאת כי (נא סמן את הסעיף המתאים):</p> <p><input type="checkbox"/> לא הגשתי תביעה לנכות למוסד לביטוח לאומי <input type="checkbox"/> הגשתי תביעה לנכות כללית למוסד לביטוח לאומי</p> <p><input type="checkbox"/> אושרו לי ע"י המוסד לביטוח לאומי % _____ נכות התקפים למועד זה. מצ"ב קביעת מחלקת נכות.</p> <p>חתימה ✕ _____ תאריך _____</p>		