



## תביעה לתגמול לפי הכנסה לאסירי ציון ובני משפחותיהם

### חובה לצרף לטופס זה

- אישורים על הכנסות כמפורט בטופס בסעיף 4
- אישור מהבנק בו מתנהל חשבונך על ריכוז יתרות
- במקרה של הפסקה או צמצום בהיקף עבודה – יש לצרף על כך אישור מהמעביד
- תלושי שכר/פנסיה של השנה האחרונה

### כיצד יש להגיש את התביעה

- עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.
- את טופס התביעה יש לשלוח אל:  
המוסד לביטוח לאומי  
תחום אסירי ציון  
שד' וייצמן 13  
ירושלים מיקוד 91909
- לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345.
- לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

תביעה לתגמול לאסיר ציון  
לפי הכנסה

עמוד 1 מתוך 3

|  |                   |  |                   |  |     |      |       |      |
|--|-------------------|--|-------------------|--|-----|------|-------|------|
| לשימוש<br>פנימי<br>בלבד<br>(סריקה)   | <b>חותמת קבלה</b> | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 100%;">מספר זהות / דרכון</td> </tr> <tr> <td> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;">סוג</td> <td style="width: 10%;">דפים</td> </tr> <tr> <td style="width: 10%;">המסמך</td> <td style="width: 10%;">דפים</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> | מספר זהות / דרכון | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;">סוג</td> <td style="width: 10%;">דפים</td> </tr> <tr> <td style="width: 10%;">המסמך</td> <td style="width: 10%;">דפים</td> </tr> </table> | סוג | דפים | המסמך | דפים |
| מספר זהות / דרכון  |                   |  |                   |  |     |      |       |      |
| <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;">סוג</td> <td style="width: 10%;">דפים</td> </tr> <tr> <td style="width: 10%;">המסמך</td> <td style="width: 10%;">דפים</td> </tr> </table> | סוג               | דפים   | המסמך             | דפים   |     |      |       |      |
| סוג  | דפים              |  |                   |  |     |      |       |      |
| המסמך  | דפים              |  |                   |  |     |      |       |      |

|   |         |              |           |       |       |
|---|---------|--------------|-----------|-------|-------|
| <b>1 פרטי התובע</b>   |         |              |           |       |       |
| שם משפחה  | שם פרטי | תאריך לידה   | מספר זהות |       |       |
|   |         | שנה חודש יום | ס"ב       |       |       |
| מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור <input type="checkbox"/> |         |              |           |       |       |
| שוהה במוסד סיעודי: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם המוסד _____  |         |              |           |       |       |
| <b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>   |         |              |           |       |       |
| רחוב / תא דואר  | מס' בית | כניסה        | דירה      | יישוב | מיקוד |
| טלפון קווי <input type="text" value="0"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   |         |              |           |       |       |
| טלפון נייד <input type="text" value="0"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   |         |              |           |       |       |
| דואר אלקטרוני <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  |         |              |           |       |       |
| <b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>  |         |              |           |       |       |
| רחוב / תא דואר  | מס' בית | כניסה        | דירה      | יישוב | מיקוד |

|   |         |              |           |  |  |
|---|---------|--------------|-----------|--|--|
| <b>2 פרטי בן/ בת זוג התובע</b>  |         |              |           |  |  |
| שם משפחה  | שם פרטי | תאריך לידה   | מספר זהות |  |  |
|   |         | שנה חודש יום | ס"ב       |  |  |
| מין: <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> בן הזוג הינו אסיר ציון: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> |         |              |           |  |  |

|   |                       |  |  |  |  |
|---|-----------------------|--|--|--|--|
| <b>3 סטאטוס משלח-יד התובע ובן/ בת זוגו</b>  |                       |  |  |  |  |
| שים לב: יש להצהיר על משלח יד החל מיום הגשת הבקשה ואילך  |                       |  |  |  |  |
|   | * האם הינך עובד כיום? | התובע <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> | בן/ בת זוגו <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> |  |  |
|   |                       |  |  | ** אם הינך עובד עצמאי כיום, נא ציין את סוג העיסוק האחרון בו עסקת (מלאכה, שותפות בעסק, משלח יד) |  |
|   |                       |  |  | אם אינך עובד כיום, נא ציין תאריך הפסקת עבודה במקום עבודתך האחרון                               |  |
|   |                       | שנה חודש יום   | שנה חודש יום   |  |  |
| * אם הינך עובד היום, יש לצרף תלושי שכר מיום הגשת התביעה<br>** אם אינך עובד היום, יש לצרף אישור מעסיק על הפסקת עבודה |                       |  |  |  |  |

4

פרטים על הכנסות התובע וכן/בת זוגו

שים לב: יש להצהיר על הכנסות החל מיום הגשת הבקשה ואילך

| סכום הכנסה חודשי | בן/ בת זוגו       |     | התובע             |     | מקור הכנסה   |
|------------------|-------------------|-----|-------------------|-----|--|
|                  | סמן X בטור המתאים |     | סמן X בטור המתאים |     |  |
|                  | יש                | אין | יש                | אין |  |
|                  |                   |     |                   |     | 1. פנסיה   |
|                  |                   |     |                   |     | 2. פנסיה או רנטה מחו"ל   |
|                  |                   |     |                   |     | 3. תגמולים ממשרד הביטחון   |
|                  |                   |     |                   |     | 4. תגמולים ממשרד האוצר לנכי רדיפות / מלחמה בנאצים                            |
|                  |                   |     |                   |     | 5. דמי שכירות, תמלוגים, דמי מפתח עבור בית קרקע, בניין תעשייתי או נכסים אחרים |
|                  |                   |     |                   |     | 6. ריבית דיווידנד והפרשי הצמדה   |
|                  |                   |     |                   |     | 7. חקלאות, עבודת אדמה, ייעור או גידולי קרקע                                  |
|                  |                   |     |                   |     | 8. אחר. פרט: _____   |

יש לצרף אישורים על כל מקור הכנסה, החל מיום הגשת הבקשה ואילך  
 על כל שינוי בהכנסות, יש ליידע את מחלקת אסירי ציון בביטוח הלאומי

5

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 |
|---------|-------------------|----------|------------|
|         |                   |          |            |

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום:  לחשבון הקיבוץ / המושב  לחשבוני הפרטי

אני השותף לחשבון הבנק של: שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.  
 אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולודא להחתימים על טופס עדכון החשבון.  
 אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.  
 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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מקבל התשלום \_\_\_\_\_ חתימת/חתימות השותפים לחשבון \_\_\_\_\_

יש לצרף "תדפיס ריכוז יתרות כולל" מן הבנק של כל חשבונות הבנק שעל שמכם

