



תביעה לקצבת נכות כללית, הצהרה למחלקת הביטוח והגביה ותביעה להענקה מטעמי צדק*

חובה לצרף לטופס זה

- ✍ אישורי מצב רפואי מקופ"ח המפרט את כל המחלות הכרוניות, טיפולים ותרופות.
- ✍ סיכומי מחלה וכל חומר רפואי אחר (אם ישנו).
- ✍ **אם הנך שכיר:**
 - ✍ אישורים על הכנסות מעבודה (תלושי שכר).
 - ✍ אישורים של מעביד על ההכנסות ב- 15 החודשים האחרונים (נספח ג' חתום ע"י המעביד).
 - ✍ אם קבלת דמי מחלה או הפסקת לעבוד, חובה לצרף אישור המעביד (נספח ג' חתום ע"י המעביד).
- ✍ **אם החותם על התביעה אינו תובע הגמלה עצמו, נא למלא גם את סעיף 3 ולהביא את האישורים הנדרשים בו.**

כיצד יש להגיש את התביעה

- ✍ את טופס התביעה יש לשלוח בדואר או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות וביירוטים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- ✍ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

לידיעתך

- ✍ על פי חוק, תאושר הקצבה לכל היותר בעבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.
 - ✍ משך זמן הטיפול בתביעה עלול להיות ממושך.
 - ✍ אם לך ולבן/בת זוגך אין אמצעי מחיה, מוצע לך לבדוק זכאותך בהבטחת הכנסה.
 - ✍ אם אתה בעל מוגבלות ברגליים, באפשרותך להגיש בנוסף תביעה לגמלת ניידות.
 - ✍ ייתכן וידרשו מסמכים נוספים לצורך קבלת הזכאות.
 - ✍ **המוסד לביטוח לאומי, לא ידון בתלונה על ליקוי רפואי מבלי שיצורפו מסמכים רפואיים רלוונטיים.**
- * אם התביעה תידחה בגלל חוב דמי ביטוח, השולל תשלום קצבה, ידון המוסד בזכות להענקה מטעמי צדק.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית

תביעה לקצבת נכות כללית
הצהרה למחלקת הביטוח והגביה
ותביעה להענקת מטעמי צדק

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

חותמת קבלה

פרטי התובע

1

שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי (אנגלית)*	שם משפחה (אנגלית)*
תאריך לידה שנה חודש יום	תאריך עליה שנה חודש יום	מספר זהות ס"ב	מספר זהות / דרכון סוג המסמך דפים
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> עגונה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור	ארץ לידה <input type="checkbox"/> ישראל <input type="checkbox"/> אחרת	

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
טלפון קווי טלפון נייד	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS		דואר אלקטרוני		

* אם ברשותך דרכון ישראלי, רשום את שמך כפי שרשום בדרכון. המידע דרוש לתעודת נכה.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	------	-------

פרטים נוספים

2

השכלה

א. סך כל שנות הלימוד בבית-ספר (כולל אוניברסיטה): _____

ב. בית הספר האחרון בו למדת - שם בית הספר: _____ שם היישוב: _____

ג. קורסים בהם למדת - שם הקורס: _____ משך הלימודים: _____

שם הקורס: _____ משך הלימודים: _____

פרטי בן/בת הזוג

שם משפחה של בן/בת הזוג	שם פרטי של בן/בת הזוג	מספר זהות של בן/בת זוג ס"ב	רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
מגורים <input type="checkbox"/> עם התובע <input type="checkbox"/> אחר, פרט:								

האם את משלם מזונות לפי פסק דין שלא באמצעות ביטוח לאומי? כן לא

ילדים (למוסד לביטוח לאומי מידע על ילדיך הרשומים במשרד הפנים ולכן איננו מבקשים פרטים עליהם)

האם יש לך ילדים עד גיל 24? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם כן, עם מי מתגוררים הילדים? <input type="checkbox"/> איתי ועם בן/בת זוגי <input type="checkbox"/> איתי בלבד <input type="checkbox"/> עם בן/בת זוגי בנפרד / גרושה - בלבד
---	---

השלם פרטים על ילדים חורגים (עד גיל 24) ועל נכדים (עד גיל 24), שכל פרנסתם עליך התובע:

יחס קרבה	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	ס"ב	מספר זהות
1 <input type="checkbox"/> חורג <input type="checkbox"/> נכד			שנה חודש יום		
2 <input type="checkbox"/> חורג <input type="checkbox"/> נכד			שנה חודש יום		
3 <input type="checkbox"/> חורג <input type="checkbox"/> נכד			שנה חודש יום		

3 פרטי מגיש התביעה (ימולא אם וכאשר התובע אינו מסוגל להגיש את התביעה בעצמו, עקב מצבו הבריאותי)

שם משפחה	שם פרטי	יחס קרבה לתובע	מספר זהות ס"ב

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
פקס	<input type="checkbox"/> ייפוי כוח <input type="checkbox"/> צו אפטרופסות <input type="checkbox"/> פסק דין : (אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצרף העתק)				

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

אם אין ברשותך האמור לעיל, אנא מלא – אני מבקש להתמנות כמקבל גמלה

חתימה * _____ תאריך: _____

4 פרטים על הנכות, אשפוזים וגורמים מטפלים

פרטים על הנכות

תאור המחלה / הליקוי	התחיל מתאריך	החמרה מתאריך	אשפוז	מעקב במרפאת
			כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	
			כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	
			כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	
			כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	

5 הסכמה לקביעת רופא ללא נוכחות נא לחתום למטה אם אתה מעוניין שהנכות הרפואית תיקבע לפי מסמכים בלבד

אני מסכים בזה שרופא יקבע את אחוזי נכותי הרפואית לפי מסמכים בלבד, ומבלי לזמן אותי לבדיקה רפואית.

ידוע לי שלמרות הסכמתי זו יהיה עלי להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

חתימת התובע *

האם פנית לאחד מהגורמים הבאים:

1	למשרד הביטחון בגלל פגיעה בשירות הצבאי?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	צרף העתק של דו"ח הוועדה הרפואית
2	למשרד האוצר בגלל מלחמה / רדיפות הנאצים?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	צרף העתק של דו"ח הוועדה הרפואית
3	לביטוח לאומי - ענף נפגעי עבודה, נפגעי איבה או אסירי ציון?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	פרט: _____

עיסוק, עבודה, הכנסות מעבודה ותשלומים אחרים

עבודה בשנים האחרונות

לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: _____
 כן עבדתי

פרטים על עבודה (יש לרשום הפרטים הבאים לגבי כל עבודותיך ב-5 השנים האחרונות ולצרף אישורים עבור 15 חודשים אחרונים)

סיבת הפסקת העבודה או השינוי	מס' שעות עבודה ביום / היקף משרה	תקופת העבודה		תפקיד	פרטי מקום העבודה
		עד תאריך	מתאריך		
					(עבודה היום או עבודה אחרונה) שם: _____ כתובת: _____ מספר טלפון: _____ - _____ פקס: _____ - _____
					שם: _____ כתובת: _____ מספר טלפון: _____ - _____ פקס: _____ - _____
					שם: _____ כתובת: _____ מספר טלפון: _____ - _____ פקס: _____ - _____
					שם: _____ כתובת: _____ מספר טלפון: _____ - _____ פקס: _____ - _____

תשלומים בשל מחלה

האם ב- 15 החודשים האחרונים קבלת או תקבל **דמי מחלה** בעבור תקופות בהן לא עבדת?

לא

כן, מהמעביד מקרן ביטוח _____ (צרף אישורים ומסמכים)

האם ב-15 החודשים האחרונים קבלת או תקבל **תשלום כלשהו מחברת ביטוח** עקב מחלה?

לא

כן, שם חברת הביטוח: _____ (צרף אישור, וכן העתק מפוליסת הביטוח)

8 פרטי חשבון הבנק של התובע

8

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

אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.

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.

_____ x _____ x _____
 תאריך חתימת מקבל הגמלה חתימת/חתימות השותפים לחשבון קרבה לתובע

9 פרטים על תביעה לפיצויי נזיקין מצד שלישי

9

האם נכותך נגרמה מתאונה? (תאונה: תאונת דרכים או אחרת הנגרמת עקב רשלנות הזולת, רשלנות רפואית, תקיפה וכדומה)

תאריך התאונה



לא כן, ציין סוג התאונה: תאונת דרכים אחרת

מקום אירוע התאונה ונסיבותיה: _____

נמסרה הודעה למשטרה בתאריך - _____ מספר תיק _____
 לא נמסרה הודעה למשטרה

האם הגשת תביעה לפיצויי נזיקין? לא כן, פרט:

שם משפחה של הנתבע	שם פרטי של הנתבע	שם עורך הדין המייצג אותך בתביעה

כתובת עו"ד

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	פקס		

10 הצהרה

10

אני מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומלאים, והריני מאשר אותם בחתימת ידי. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים מהווה עבירה על החוק.

_____ x _____ x _____
 תאריך חתימת הנכה חתימת בן/בת הזוג

שים לב: עליך לחתום על ההצהרה ועל 3 ויתורי הסודיות.

הצהרה

11

אני החתום מטה תובע גמלת נכות, ומצהיר 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 להיבדק לצורך שירותים מיוחדים, במידה ותהיה המלצה של רופא הסניף על בדיקה זו.

כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך _____ חתימת התובע / מקבל הגמלה או מגיש התביעה * _____

מלא וחתום על הטפסים שלהלן:

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

 אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____
 הגר ב _____
 מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.
 תאריך _____ חתימה * _____

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

 אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____
 הגר ב _____
 מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.
 תאריך _____ חתימה * _____

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

 אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____
 הגר ב _____
 מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.
 תאריך _____ חתימה * _____

נספחים

- א. מכתב לרופא המטפל
- ב. תעודה רפואית עבור המוסד לביטוח לאומי
- ג. אישור על העסקת עובד (למילוי ע"י המעביד)
- ד. הצהרה למחלקת הגביה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית

נספח א'

לכבוד
הרופא המטפל בקופ"ח / מרפאה

ד"ר נכבד,

המוסד לביטוח לאומי ערך בדיקה מקיפה בנושא גמלת נכות, והתברר כי הזכאות לגמלה ומשך הטיפול בקביעת הזכאות מבוססים בעיקר על ידיעת מצבו הרפואי של התובע.

נודה לך אם תסייע לחולה שבטיפולך, תמלא במפורט את הטופס המצורף, ותחזירו אלינו באמצעות החולה.

רופא סניף הביטוח הלאומי בנושא נכות כללית ישמח לעמוד לרשותך, בכל שאלה או הבהרה שתידרש.

אם ברשותך תעודה ממוחשבת ובה המידע העדכני המבוקש, אנא צרף אותה במקום הטופס המצורף. אם יש מקום להשלמת פרטים, נודה לך על כך.

בברכה,

ד"ר מריו סקולסקי

מנהל רפואי

המוסד לביטוח לאומי

נספח ב'

תעודה רפואית עבור המוסד לביטוח לאומי

I פרטים כלליים																							
שם קופת החולים	סניף / מרפאה	טלפון קווי	פקס																				
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב																					
		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					

II אבחנות	
תיאור האבחנה	משנת

III אשפוזים ב-3 השנים האחרונות	
שם בית החולים	שם המחלקה

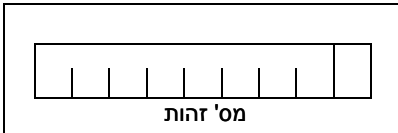
יש למסור לידי החולה (התובע) העתקים מסיכומי המחלה הרלוונטיים

IV טיפול תרופתי נוכחי	
שם התרופה	מינון

V לחולים הסובלים מיתר לחץ דם או ממחלות לב						
מדידות לחץ דם בחצי השנה האחרונה:	1.	2.	3.	4.	5.	6.
היפרטרופיה של החדר השמאלי: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, לפי: 1. אק"ג מיום _____ 2. צילום חזה מיום _____						
ממצאי בדיקת מאמץ מיום _____ :						
ממצאי בדיקת אקו לב מיום _____ :						

עמוד 10 מתוך 15

נא למלא מספר תעודת זהות _____



נספח ב' (המשך)

VI לחולים הסובלים מסכרת

VI

סובל מסכרת החל מ: _____

ערכי סוכר בדם בחצי השנה האחרונה: _____

ערכי HbA1C: _____

סיבוכים (עיניים, כליות, מערכת העצבים): _____

אנא צרף חוות דעת של רופאים מקצועיים המתייחסות לסיבוכי הסכרת.

VII לחולים הסובלים ממחלת כליות כרונית

VII

תוצאות בדיקות מעבדה אחרונות:

ספירת דם: _____

בדיקת שתן כללית: _____

חלבון בשתן של 24 שעות: _____

פינוי קריטינין CCT: _____

Creatinine: _____

Urea: _____

תוצאות בדיקת US כליות

ממצאים מיום _____ : _____

תוצאות IVP

ממצאים מיום _____ : _____

VIII לחולים הסובלים ממחלת ריאות כרונית

VIII

תוצאות צילום חזה אחרון מיום _____ : _____

תוצאות תפקודי נשימה מיום _____ : _____

IX לחולים הסובלים מכיפיון (Epilepsy)

IX

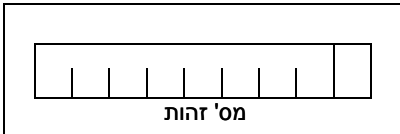
סוגי התקפים: _____

תדירות ההתקפים מכל סוג: _____

רמת תרופות בדם מיום _____ : _____

תוצאות EEG אחרון מיום _____ : _____

תוצאות CT מוח מיום _____ : _____



נספח ב' (המשך)

X טיפול תרופתי נוכחי

X

XI לחולים המקבלים טיפול כימותרפי או קרינתי

XI

מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה (ירידה במשקל, תלונות אחרות)? _____

תאריך סיום טיפול (או תאריך משוער)	תאריך תחילת טיפול	תאריך אבחון המחלה
_____	_____	_____

סוג הטיפול: _____

תדירות ומשך הטיפול: _____

XII פרטים נוספים והערות

XII

תוצאות בדיקות אחרות (הדמיה, EMG, תפקודי כבד, בלוטת התריס וכדומה)

מידע נוסף במרפאה מקצועית

האם יש מידע נוסף במרפאה חיצונית? אין יש, פרט: _____

שם המרפאה	כתובתה	שם הרופא המטפל	טלפון
_____	_____	_____	_____

הערות: _____

XIII חתימת הרופא

XIII

תאריך _____ שם הרופא: _____ חתימה x _____



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

נספח ג'

אישור על העסקת עובד ושכר עבודה

חלק א'

I

מספר זהות ס"ב	שם האב	שם פרטי	שם משפחה
_____	_____	_____	_____

הנתונים על עבודת הנ"ל אצלנו הם כלהלן:

תקופת העבודה (הכוללת)

תחילת עבודה בתאריך _____	<input type="checkbox"/> הפסקת עבודה בפועל בתאריך _____ הסיבה: _____
	<input type="checkbox"/> פרישה סופית מעבודה בתאריך* _____ (*תאריך ניתוק יחסי עובד-מעביד)
	<input type="checkbox"/> ממשיך לעבוד

פרטים על היקף משרה

1. עבד במשרה חלקית? לא כן, מתאריך _____ שיעור חלקיות המשרה: _____
2. הסיבה לעבודה החלקית: _____
3. האם שולמו השלמות לשכר המשרה החלקית?
 לא כן, מהות התשלום: _____ החל מתאריך _____ עד _____

לעובדים היום

סוג העבודה והתפקיד הנוכחי: _____

דמי מחלה

1. ב-15 החודשים האחרונים, שולמו לנ"ל דמי מחלה? לא כן

דמי מחלה שולמו לתקופות:

מתאריך	עד תאריך	
_____	_____	1
_____	_____	2
_____	_____	3
_____	_____	4
_____	_____	5
_____	_____	6

2. יתרת ימי מחלה שלא נוצלו: _____ ימים

3. תשלום דמי המחלה הוא על ידי קרן _____

תשלומים אחרים

1. האם שולמו (למעט דמי מחלה) תשלומים כלשהם מיום הפסקת העבודה בפועל ועד ליום הפרישה (עד ניתוק יחסי עובד-מעביד)
 לא כן

2. האם מבוטח לעניין אי כושר עבודה בחברת ביטוח? לא כן, שם החברה _____
מהות התשלום: _____ החל מתאריך _____ עד _____

פרישה לפנסיה

- הנ"ל פרש לפנסיה: לא כן, מיום _____ הפנסיה משולמת מקרן: _____

חתימת המעביד

II

שם המעביד	מספר תיק	כתובת המעביד
_____	_____	_____

תאריך _____ שם החותם: _____ תפקידו: _____ חתימה **x** _____

נספח ג' (המשך)

פרטים על עבודה ב-15 החודשים האחרונים

חלק ב'										III
הפרשים או תוספות שנכללו בשכר (כגון: דמי הבראה, ביגוד, משכורת 13 וכיוצ"ב)			הסכום	שכר החייב בדמי ביטוח	סכום דמי מחלה	שולמו דמי מחלה (כן/לא)	שיעור משרה (מלא/ חלקי)	חודש	שנה	מס'
מהות התשלום	מתייחס לתקופה									
	עד	מתאריך								
										1
										2
										3
										4
										5
										6
										7
										8
										9
										10
										11
										12
										13
										14
										15

* כולל גם רכיבי שכר שאינם חייבים בתשלום דמי ביטוח. דמי מחלה ששולמו ע"י המעביד או קרן ביטוח - אין לכלול בשכר ברוטו.

המעביד		IV
הערות המעביד: _____		

תאריך _____	שם החותם: _____	תפקידו: _____
חתימה וחותמת המפעל ✕ _____		

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית



נספח ד'

הצהרה והודעה על שינויים למחלקת הביטוח והגביה

מלא הטופס אם בתקופה כלשהי ב- 5 השנים האחרונות היית עובד עצמאי או שלא עבדת. (פרטי העסק בסעיף II וסעיף III ימולאו רק ע"י מי שהיה עובד עצמאי)

פרטים אישיים					
שם משפחה		שם פרטי		שם האב	
מספר זהות ב"ס					
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
מיקוד	רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני	
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)					
מיקוד	רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב

פרטי העסק					
שם העסק: _____					
מיקוד	רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה	ישוב
עיסוק או מקצוע אחרון			תאריך תחילת עבודה כעצמאי		
מס' שעות עבודה ממוצע לשבוע		החל מתאריך	מספר תיק מעביד		
אני מצהיר בזה כי בגלל: _____					
<input type="checkbox"/> הפסקתי לעבוד מתאריך: _____ <input type="checkbox"/> צמצמתי את היקף עבודתי מתאריך: _____					
<input type="checkbox"/> אני ממשיך לעבוד בהיקף מלא					
<input type="checkbox"/> העסק: _____ <input type="checkbox"/> נסגר <input type="checkbox"/> נמכר <input type="checkbox"/> הושקר <input type="checkbox"/> בתאריך: _____ (צרף אישור מתאים)					
<input type="checkbox"/> אחר: _____					

הכנסות ב- 5 שנים אחרונות כולל שנה נוכחית (שוטפת) (צרף שומות מס הכנסה שברשותך)			
שנת מס	חודש ראשון	מספר חודשים	ההכנסה השנתית בש"ח ב- 5 שנים אחרונות
שנה שוטפת			מעסק, משלוח יד, חקלאות ריבית, השכרה, רכוש, פנסיה, גמלה

נספח ד' (המשך)

הצהרה

IV

הנני מצהיר בזה שכל הפרטים שנמסרו בתביעה זו ובצירופיה הם נכונים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, מהווה עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב ועל כן, אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

(יסומן ב- ✓ כאשר עובד המוסד ממלא את טופס ההצהרה) כל הפרטים הרשומים בתביעה הוקראה באוזני ואני מאשר בזה כי הם תואמים את הפרטים שמסרתי בע"פ לעובד המוסד.

תאריך: _____ שם החותם: _____ חתימה ✕ _____

(סעיף זה לשימוש המוסד לביטוח לאומי)

V

אל מחלקת הביטוח והגביה, סניף _____

שם משפחה		שם פרטי		שם האב		מספר זהות ב"0																					
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">רחוב</td> <td>מס' בית</td> <td>כניסה</td> <td>דירה</td> <td>ישוב</td> <td>מיקוד</td> </tr> </table>							רחוב		מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד														
רחוב		מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד																					
טלפון קווי		טלפון נייד		פקס																							
<table border="1"> <tr> <td colspan="7">טלפון קווי</td> </tr> <tr> <td colspan="7">טלפון נייד</td> </tr> <tr> <td colspan="7">פקס</td> </tr> </table>							טלפון קווי							טלפון נייד							פקס						
טלפון קווי																											
טלפון נייד																											
פקס																											

הנ"ל עבד כשכיר:

1	מתאריך	עד תאריך	<input type="checkbox"/> לפי אישור המעביד <input type="checkbox"/> לפי ההצהרה בתביעה בלבד
	שם המעביד		מספר תיק הניכויים של המעביד
2	מתאריך	עד תאריך	<input type="checkbox"/> לפי אישור המעביד <input type="checkbox"/> לפי ההצהרה בתביעה בלבד
	שם המעביד		מספר תיק הניכויים של המעביד
3	מתאריך	עד תאריך	<input type="checkbox"/> לפי אישור המעביד <input type="checkbox"/> לפי ההצהרה בתביעה בלבד
	שם המעביד		מספר תיק הניכויים של המעביד
4	מתאריך	עד תאריך	<input type="checkbox"/> לפי אישור המעביד <input type="checkbox"/> לפי ההצהרה בתביעה בלבד
	שם המעביד		מספר תיק הניכויים של המעביד

תאריך: _____ סניף: _____ שם וחתימת פקיד תביעות ✕ _____