



طلب مخصصات معيشية لیتیم یتحق مخصصات مُعالین من قبل مصابی عمل

يجب إرفاق ما يلي لنموذج الطلب

- ✍ تصريح من المدرسة التي يتعلم فيها الولد، يذكر فيه الصف الذي يتعلم به وعدد ساعات التعليم. يجب إرفاق تصريح من شهر أيلول في العام الدراسي الحالي.
- ✍ تصاريح حديثه لشهر أيلول من نفس العام الدراسي عن مدخولات من جميع .
- ✍ إن كان الولد بحوزة هيئة عامة، يجب إرفاق تصريح من تلك الهيئة التي ترعاه يشمل تفصيلاً لمبلغ الرعاية الشهري وكيفية صرف المبلغ.

كيفية تقديم الطلب

- ✍ يجب إرسال نموذج الطلب أو تقديمه الى فرع مؤسسة والتأمين الوطني القريب من مكان سكنك. للأسئلة والاستفسارات يجب التوجه إلى هاتف رقم 6050* أو 04-8812345.
- ✍ لمعلوماتك – وفقاً للقانون، لا تدفع المخصصات لفترة تزيد عن 12 شهراً للصرف (بأثر رجعي) من يوم تقديم الطلب
- ✍ لتفاصيل إضافية يمكن الإستعانة بموقع الإنترنت التابع لمؤسسة التأمين الوطني www.btl.gov.il.

الزامی التوقيع على نموذج الطلب



תביעה לדמי מחייה בעד יתום הזכאי לקצבת תלויים בנפגעי עבודה

חובה לצרף לטופס זה

- אישור מבית הספר בו לומד הילד, בו תצוין הכיתה בה הוא לומד ומספר שעות הלימוד. יש לצרף אישור מחודש ספטמבר של שנת הלימודים הנוכחית.
- אישורים על הכנסות מכל המקורות מעודכנים לחודש ספטמבר של אותה שנת הלימודים.
- במידה שהילד מוחזק על ידי גוף ציבורי, יש להמציא אישור מהגוף המחזיק בילד בו יפורט סכום ההחזקה 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 - על פי חוק, לא תשולם הקצבה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- 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



המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות

תביעה לדמי מחיה בעד יתום

הזכאי לקצבת תלויים בנפגעי

עבודה בשנת הלימודים

מؤسسة التأمين الوطني

مديرية المخصصات

طلب مخصصات معيشة ليتيم يستحق

مخصصات معالين من قبل مُصابي

عمل في السنة الدراسية

לשימוש פנימי בלבד (סריקה) للاستعمال الداخلي فقط (مسح)		חותמת קבלה ختم الاستلام
מס' זהות / דרכון رقم بطاقة الهوية / جواز السفر דפים סוג המסמך صفحات نوع الوثيقة		

מס' זהות של המנוח / رقم هوية المتوفى:

1

פרטי תובע הגמלה / تفاصيل الشخص الذي يطالب بالمخصصات

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות / رقم الهوية	מין / الجنس ☐ זכר / ذكر ☐ נקבה / أنثى
מצב משפחתי / الحالة الاجتماعية ☐ רווק / أعزب ☐ אלמן / أرملة ☐ נשוי / متزوج ☐ גרוש / مطلق ☐ ידוע בציבור / معروف للجمهور			
כתובת (הרשומה במשרד הפנים) / العنوان (حسبما هو مسجل في وزارة الداخلية)			
רחוב / תא דואר شارع / صندوق بريد	מס' בית رقم البيت	כניסה مدخل	דירה شقة
יישוב بلدة	מיקוד الرمز البريدي		
טלפון קווי / هاتف أرضي	טלפון נייד / هاتف خلوي	דואר אלקטרוני / بريد إلكتروني	
☐ אני מאשר קבלת הודעות SMS أوافق على تلقي رسائل SMS			

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה) / عنوان للرسائل (إن كان مختلفاً عن العنوان المفصل أعلاه)

רחוב / תא דואר شارع / صندوق بريد	מס' בית رقم البيت	כניסה مدخل	דירה شقة	יישוב بلدة	מיקוד الرمز البريدي

הכנסה חודשית של ההורה / الدخل الشهري لولي الأمر

שים לב: יש לסמן גם אם אין הכנסות.
 انتبه: يجب الإشارة إن لم تكن مدخولات أيضاً

מקור המספר	הכנסות מדחלות הوالד/ والد		סכום הכנסות לחודש مبلغ المدخولات للشهر
	יש הכנסות توجد مدخولات	אין הכנסות لا توجد مدخولات	
עבודה שכירה / عمل أجير	☐	☐	
עבודה עצמאית / عمل مستقل	☐	☐	
פנסיה מעבודה / تقاعد من العمل	☐	☐	
רנטה מחו"ל / رنتا من خارج البلاد	☐	☐	
תגמולים / مكافآت	☐	☐	
שכר דירה / שכר בית	☐	☐	
אחר, פרט / غير ذلك، فصل	☐	☐	

פרטי הילדים הלומדים בבית ספר תיכון או נמצאים בהכשרה מקצועית

תفاصيل الأولاد الذين يتعلمون في مدرسة ثانوية أو أنهم في تأهيل مهني.

שם הילד اسم الولد	ילד ראשון الولد الأول	ילד שני الولد الثاني	ילד שלישי الولد الثالث
מספר הזהות رقم الهوية	ס"ב الرقم الإضافי	ס"ב الرقم الإضافי	ס"ב الرقم الإضافי
תאריך הלידה تاريخ الميلاد	שנה شهر יום	שנה شهر יום	שנה شهر יום
שם המוסד החינוכי اسم المؤسسة التعليمية			
מספר שעות הלימוד בשבוע عدد ساعات التعليم الأسبوعية			
אם אינו גר בבית התובע, פרט היכן גר וע"י מי מוחזק إن لم يسكن في بيت مقدم الطلب، فصل أين يسكن ومن الذي يرعاه.			
הכנסות הילד מנכסים مدخولات الولد من ممتلكات			
הכנסות הילד מפנסיה مدخولات الولد من التقاعد			

הצהרה

تصريح

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.

אני המوقع أدناه أصرح بأن جميع التفاصيل التي قدمتها في هذا الطلب وملحقاته صحيحة وكاملة.

أعرف أن تقديم تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات هو مخالفة للقانون، وأن أي شخص يؤدي بالغش أو عن معرفة إلى دفع مخصصات وفقاً لهذا القانون، أو زيادتها، بواسطة إخفاء تفاصيل لها أهمية لهذا الأمر، فإنه يخالف القانون وقد يتعرض لدفع غرامة وسجن.

أعرف أن كل تغيير في أحد التفاصيل التي قدمتها في هذا الطلب وملحقاته، يؤثر على استحقاقي لمخصصات أو على تراكم دين، وبناء على ذلك ألتزم بالتبليغ عن كل تغيير خلال 30 يوماً.

أوافق أن يعيد البنك المذكور أعلاه إلى مؤسسة التأمين الوطني حسب طلبها مبالغ من الحساب، إذا كانت المؤسسة قد أودعت في الحساب مبلغاً كاملاً أو جزءاً منه بالخطأ أو ليس وفقاً للقانون، وكذلك أن يعطي المؤسسة تفاصيل الذين سحبوا المبالغ المذكورة.

X

חתימת התובע

توقيع مقدم الطلب

תאריך התאריך