



# המוסד לביטוח לאומי

קצבת ילדים

مؤسسة التأمين الوطني

مخصصات الأولاد

## עמוד 1 מתוך 4

صفحة 1 من 4

### לשימוש המוסד

لاستخدام المؤسسة

מס' זהות / رقم الهوية											
סוג		דפים		המסמך		סוג		מסמך		סוג	
صفحات				نوع الملف							

חותמת הסניף  
תאריך קבלה  
חתימת השר  
תאריך التسليم

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מס' פניה  
رقم التوجه

מסכים 112, 116

وثائق 112, 116

### הנחיות למילוי טופס התביעה:

מבוטח נכבד,

הינך מתבקש להקפיד על מילוי כל הפרטים הנדרשים בטופס.

שטחים על רקע כהה מיועדים לשימוש המוסד ואין לכתוב בהם.

טופס זה אפשר למסור בסניפי המוסד לביטוח לאומי שבמקום מגוריך או לשלוח בדואר בצירוף המסמכים הרלוונטיים.

תعليمات لتعبئة نموذج الدعوى:

حضرة المؤمن المحترم,

عليك التأكد من تعبئة كل التفاصيل المطلوبة في النموذج.

المساحات مع الخلفية الغامقة هي لإستعمال المؤسسة ولا حاجة لتعبئتها.

يمكن تسليم هذا النموذج لفرع مؤسسة التأمين الوطني القريب من مكان سكنك أو إرساله بواسطة البريد مع إرفاق الوثائق المتعلقة.

### א. סיבת הפניה (לשימוש המוסד)

أ. سبب التوجه (لإستعمال المؤسسة)

<input type="checkbox"/> - תביעת "לידת חי" שנדחתה	<input type="checkbox"/> - אפטרופוס / ממונה	<input type="checkbox"/> - אחר
طلب "ولادة حي" رفض	وصي \ ولي أمر مسؤول	سبب آخر
<input type="checkbox"/> - ילד שנולד בארץ	<input type="checkbox"/> - ילד שעלה ללא הורים	
ولد تمت ولادته في البلاد	ولد قدم الى البلاد بدون والديه	
<input type="checkbox"/> - ילד שנולד בחו"ל	<input type="checkbox"/> - ילד שאינו ילדו	
ولد تمت ولادته خارج البلاد	ولد ليس من أبنائه	
<input type="checkbox"/> - עולה	<input type="checkbox"/> - יחיד היושב בישראל	
قادم	فرد وحيد يقطن في البلاد	

### ב. פרטי האב / פרטי בן הזוג (המבוטח)

ב. تفاصيل الأب/تفاصيل الزوج (المؤمن)

מספר זהות / رقم الهوية	שם משפחה / اسم العائلة	שם פרטי / الاسم الشخصي
<input type="checkbox"/> נשוי	<input type="checkbox"/> אלמן	<input type="checkbox"/> נפרד
متزوج	أرمل	منفصل
<input type="checkbox"/> רווק	<input type="checkbox"/> גרוש	<input type="checkbox"/> נפרד
أعزب	مطلق	منفصل

### ג. פרטי מקבל הקצבה

ג. تفاصيل متلقي المخصصات

<input type="checkbox"/> פרטי האם / تفاصيل الأم	<input type="checkbox"/> פרטי האפטרופוס / ממונה - יש לצרף אישור מתאים - (מינוי מקבל הקצבה מותנה באישור פקיד השיקום של המוסד לביטוח לאומי)	
تفاصيل الوصي \ ولي الأمر المسؤول - يجب إرفاق التصريح الملائم - (تعيين متلقي المخصصات مشروط بموافقة موظف التأهيل في مؤسسة التأمين الوطني)		
מספר זהות / رقم الهوية	שם משפחה / اسم العائلة	שם פרטי / الاسم الشخصي
<input type="checkbox"/> נשואה	<input type="checkbox"/> אלמנה	<input type="checkbox"/> נפרדת
متزوجة	أرملة	منفصلة
<input type="checkbox"/> רווקה	<input type="checkbox"/> גרושה	<input type="checkbox"/> נפרדת
عزباء	مطلقة	منفصلة

ד. מקום התשלום - חשבון הבנק צריך להיות ע"ש מקבל הקצבה או חשבון בו שותף מקבל הקצבה.  
 חובה לצרף המחאה מבוטלת או אישור מהבנק.  
 ד. מכן الدفع - يجب أن يكون حساب البنك على اسم متلقي المخصصات أو أنه شريك به  
 يجب إرفاق شيك ملغي أو تصريح من البنك

שם הבנק اسم البنك	שם הסניף / כתובתו اسم الفرع/عنوانه	מספר הסניף رقم الفرع	מספר החשבון رقم الحساب
----------------------	---------------------------------------	-------------------------	---------------------------

כאשר הבקשה לשלם לחשבון קיבוץ, יש לרשום שם הקיבוץ \_\_\_\_\_  
 إذا كان الطلب للدفع إلى حساب تجمع سكني - كيبوتس, يجب تسجيل اسم الكيبوتس \_\_\_\_\_

ה. כתובת מגורים  
 هـ. عنوان السكن

רחוב الشارع	מספר בית رقم البيت	כניסה المدخل	דירה الشقة	יישוב البلدة	מיקוד ميكود	ת.ד. ص.ב
מספר טלפון رقم الهاتف	מספר טלפון נייד هاتف خلوي					

ו. פרטי הילד/ים שטרם מלאו להם 18 שנים ואינם מקבלים קצבת ילדים.  
 و. تفاصيل الأولاد الذين لم يبلغوا سن 18 عاماً ولا يتلقون مخصصات أولاد.

1.	מס' זהות רמ הוויה	שם פרטי האם الشخصي	שם משפחה האם العائلة	מין الجنس	
	תאריך הלידה تاريخ الولادة	תאריך כניסה לארץ تاريخ دخول البلاد	תאריך עליה تاريخ قدوم البلاد	תאריך הצטרפות הילד לתיק תאריך انضمام الولد للملف	קרבה למבוטח القربة للمؤمن
2.	מס' זהות רמ הוויה	שם פרטי האם الشخصي	שם משפחה האם العائلة	מין الجنس	
	תאריך הלידה تاريخ الولادة	תאריך כניסה לארץ تاريخ دخول البلاد	תאריך עליה تاريخ قدوم البلاد	תאריך הצטרפות הילד לתיק תאריך انضمام الولد للملف	קרבה למבוטח القربة للمؤمن
3.	מס' זהות רמ הוויה	שם פרטי האם الشخصي	שם משפחה האם العائلة	מין الجنس	
	תאריך הלידה تاريخ الولادة	תאריך כניסה לארץ تاريخ دخول البلاد	תאריך עליה تاريخ قدوم البلاد	תאריך הצטרפות הילד לתיק תאריך انضمام الولد للملف	קרבה למבוטח القربة للمؤمن
4. הערות מلاحظات .					



_____	_____	_____
תאריך التاريخ	חתימת פקיד התביעות 1 توقيع موظف الدعاوى	שם פקיד התביעות 1 اسم موظف الدعاوى
_____	_____	_____
תאריך التاريخ	חתימת פקיד חשבונות توقيع موظف الحسابات	שם פקיד חשבונות اسم موظف الحسابات
_____	_____	_____
חתימת פקיד שיקום توقيع موظف التأهيل	תאריך التاريخ	למנוי מקבל המלצת פקיד שיקום لتعيين متلقي توصية موظف التأهيل