



תביעה להבטחת הכנסה

גמלת הבטחת הכנסה

- אתה יכול להיות זכאי לקצבה להבטחת הכנסה אם אין לך הכנסה או שהכנסתך נמוכה.
- הזכאות לגמלה מותנית בכך ששני בני הזוג יענו על התנאים הנדרשים.
- באפשרותך לבדוק אם אתה זכאי לקצבה, במחשבון לחישוב קצבה להבטחת הכנסה באתר הביטוח הלאומי,
- www.btl.gov.il

לתשומת לבך: במקרה הבאים אין זכאות לגמלה להבטחת הכנסה:

- אתה ו/או בן/בת זוגך תלמידים בישיבה או ב"כולל אברכים".
- אתה ו/או בן/בת זוגך תלמידים במוסד להשכלה גבוהה. (הורה עצמאי, עשוי להיות זכאי, בתנאים מסוימים)
- אתה ו/או בן/בת זוגך משרתים בשירות סדיר בצה"ל.
- אתה ו/או בן/בת זוגך חברי קיבוץ או מושב שיתופי.

מי צריך להתייצב בשירות התעסוקה כתנאי לזכאות

- כדי להיות זכאי לקצבה להבטחת הכנסה אתה ובן/בת זוגך צריכים להירשם ולהתייצב בשירות התעסוקה גם אם אתם עובדים במשרה חלקית, כלומר פחות מ- 36 שעות בשבוע. ההתייצבות היא לפי הכללים של שירות התעסוקה.

אם חלים עליך התנאים האלה, אינך צריך לפנות לשירות התעסוקה:

- הורים שיש להם ילד שטרם מלאו לו שנתיים, יכולים לבחור מי מהם יהיה פטור מהתייצבות בשירות התעסוקה.
- אישה בהריון מהשבוע ה-13 ואילך.
- מי שלא מסוגל לעבוד יותר מ-30 ימים רצופים בגלל מצבו הרפואי (עשוי להיות זכאי לפטור).
- מי שמטפל בבן משפחה חולה (בן זוג, ילד או הורה), הזקוק להשגחה מתמדת.
- מי שנמצא בתוכנית שיקום תעסוקתי בפיקוח משרד ממשלתי.
- אסיר משוחרר לאחר תקופת מאסר 6 חודשים רצופים, אם עדיין לא חלפו חודשיים ממועד שחרורו, אסיר בעבודות שירות, מי שנמצא במעצר בית בשעות היום, או מי שמשגיח על בן משפחה הנמצא במעצר בית.
- מכור לסמים או לאלכוהול, מי שנמצא בתוכנית גמילה או בתכנית שיקום.
- לומד באולפן מטעם משרד הקליטה, חמישה ימים בשבוע בשעות הבוקר.
- מי שמטופל במחלקה לדרי רחוב ברשות המקומית.
- אישה במקלט לנפגעות אלימות השוהה בו יותר מ- 30 ימים רצופים.

כמה דברים שכדאי לדעת :

- הזכאות לגמלה נבחנת ממועד מסירת הטופס. לכן, יש להגיש את הטופס ללא דיחוי, גם אם חסרים חלק מהמסמכים שיש לצרף. יתכן שתידרש להמציא מסמכים נוספים.
- רכב בבעלות ו/או בשימוש של אחד מבני הזוג, עשוי להשפיע על הזכאות.
- יש לבדוק שמילאת את כל הפרטים, וחתמת בכל המקומות המסומנים.
- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לידיעתך: ישנה אפשרות למלא את טופס התביעה לגמלת הבטחת הכנסה באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי
- www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין את הטופס עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
- לשאלות ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט.
- www.btl.gov.il



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
הבטחת הכנסה

תביעה לגמלה להבטחת הכנסה

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> מס' זהות / דרכון </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> סוג המסמך דפים </div> </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
--	---------------------------

חותמת קבלה

1

פרטי התובע

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות _____

כתובת מגורים

רחוב / תא דואר	מס' בית	קומה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד של התובע		טלפון נייד של בן/בת זוג		

דואר אלקטרוני תובע: _____@_____ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.

דואר אלקטרוני בן/בת זוג: _____@_____ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר
_____	_____	_____

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי, יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	קומה	דירה	יישוב	מיקוד

אני מתגורר בדירה ש:

בבעלותי בהשכרה אצל ההורים אצל קרובי משפחה במקום אחר, פרט: _____

2

מצב משפחתי

מצב משפחתי נוכחי – גם אם טרם שונה במשרד הפנים:

נשוי/ה גרושה אלמן/נה פרוד/ה מתאריך _____ **יש למלא שאלון נפרדות**

רווק/ה ידוע/ה בציבור, מתאריך _____ ת.ז. _____

האם אתה מתגורר עם חברה/ לחיים או עם בן/בת זוג לא כן, שם _____ ת.ז. _____ מתאריך _____

3

פרטי ילדים עד גיל 24

נא סמן את מקום הימצאותו של הילד						ת"ז	שם הילד
אחר	שירות לאומי או התנדבות או עתודה או קד"צ	אומנה או פנימייה	צבא	מתגורר אצל ההורה השני	מתגורר איתי		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

• אם ישנם ילדים נוספים נא ציין את פרטיהם בדף נוסף.

4

פרטים על לימודים

תובע	בן/בת זוג
האם אתה לומד במוסד לימודים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם אתה לומד במוסד לימודים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
האם אתה לומד בישיבה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם אתה לומד בישיבה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

יש לצרף אישור ממוסד הלימודים, כולל תאריך תחילת הלימודים וסיומם, ימי לימוד, מספר השעות וסוג התעודה

5

פרטי רכב (כולל אופנוע, טרקטורון משאית וטרקטור)

תובע	בן/בת זוג	ילדים עד גיל 24
האם יש רכב בבעלותך? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____ <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____ <input type="checkbox"/> לא
האם יש רכב או אופנוע בשימושך הקבוע ואינו בבעלותך? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____ <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____ <input type="checkbox"/> לא

לידיעתך: החוק מאפשר התחשבות בשימוש ברכב לצרכים רפואיים לתקופה ממושכת.

על מנת שהרכב לא יחושב בבדיקת זכאותך לגמלת הבטחת הכנסה, נא לציין: האם הרכב שבבעלותך או בשימושך נדרש לצרכים רפואיים או לצרכי נידות רפואית שלך או של בני משפחתך (בן/בת זוג, ילד, הורה בלבד)? כן לא

כן, נא צרף אישורים רפואיים בעל רכב: אם אתה חולה לפחות 30 ימים רצופים, אתה רשאי להפקיד את הרישיונות במשרד הרישוי לתקופת המחלה. יש לצרף אישור מקורי ממשרד הרישוי.

6

הסיבה להגשת התביעה (באפשרותך לפרט כל פרט שלדעתך עשוי לסייע בקביעת הזכאות לגמלה)

א. סיבת הגשת התביעה: _____

ב. מקורות הקיום שלי בשנה האחרונה הם: (עבודה, עזרה של בני משפחה/ מכרים וכו') _____

ג. למקרה שיעלה הצורך, נא ציין אם יש עובד סוציאלי שאתה בקשר איתו: _____

לא כן, נא ציין: את שם העובד הסוציאלי: _____

מספר טלפון של העובד הסוציאלי: _____ שם המחלקה לשירותים חברתיים: _____

תעסוקה – לתשומת לבך, הגמלה להבטחת הכנסה כפופה למבחן הכנסות. מומלץ להשתמש במחשבון לבדיקת זכאות, הנמצא באתר המוסד לביטוח לאומי.

תעסוקת בן/בת הזוג	תעסוקת התובע
<p>האם אתה עובד היום? <input type="checkbox"/> כן, שם המעסיק _____</p> <p>מועד תחילת העבודה _____ היקף משרה(שעות שבועיות): _____ שכר ברוטו _____ ₪</p> <p><input type="checkbox"/> לא, אני לא עובד מהסיבה הבאה:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> בעיה רפואית <input type="checkbox"/> טיפול בבן במשפחה <input type="checkbox"/> סיבה אחרת, פרט: _____ 	<p>האם אתה עובד היום? <input type="checkbox"/> כן, שם המעסיק _____</p> <p>מועד תחילת העבודה _____ היקף משרה(שעות שבועיות): _____ שכר ברוטו _____ ₪</p> <p><input type="checkbox"/> לא, אני לא עובד מהסיבה הבאה:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> בעיה רפואית <input type="checkbox"/> טיפול בבן במשפחה <input type="checkbox"/> סיבה אחרת, פרט: _____
<p><input type="checkbox"/> האם עבדת בשנה האחרונה? <input type="checkbox"/> כן, שם המעסיק _____</p> <p>תאריך הפסקת העבודה _____</p> <p><input type="checkbox"/> לא</p>	<p><input type="checkbox"/> האם עבדת בשנה האחרונה? - <input type="checkbox"/> כן, שם המעסיק _____</p> <p>תאריך הפסקת העבודה _____</p> <p><input type="checkbox"/> לא</p>
<p>האם שולמו לך פיצויים? <input type="checkbox"/> כן, סכום הפיצויים _____ ₪</p> <p><input type="checkbox"/> לא</p>	<p>האם שולמו לך פיצויים? <input type="checkbox"/> כן, סכום הפיצויים _____ ₪</p> <p><input type="checkbox"/> לא</p>
<p>אם אתה עובד, נא צרף טופס אישור מעסיק "העסקת עובד" (אם אתה עובד אצל כמה מעסיקים, נא צרף טופס מכל מעסיק בנפרד). יש לצרף 3 תלושי שכר אחרונים.</p>	

לצורך בדיקת זכאותך לקצבה, ייתכן שנפנה באופן ייזום למעסיקיך ולמשלמי הפנסיה שלך, לרבות כאלו שהיו לך או שיהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב) אם אינך מסכים, ציין זאת: אני התובע מסרב אני בן זוג התובע מסרב (נשוי/ידוע בציבור) לך שתפנו לקבל את נתוני ההכנסות באופן דיגיטלי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי/זכאות בן זוגי.

פירוט הכנסות ונכסים חוץ מהכנסות מהמוסד לביטוח לאומי או הכנסות מעבודה

מקור הכנסה/נכס	לתובע	לבן/בת הזוג
פנסיה או רנטה בארץ או בחו"ל	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
תגמולים ממשרדי ממשלה: הביטחון, האוצר, הקליטה, הסוכנות	<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: _____
תשלומים מחברת ביטוח	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
תמיכה כלכלית קבועה	<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: _____

האם אתה משלם מזונות? לא כן, יש לצרף פסק דין לתשלום מזונות והוכחות לתשלום. נא לצרף אישורים המעידים על הכנסותיך (לדוגמה: הכנסה מפנסיה – תלוש פנסיה).

פירוט נכסים - שים לב, אם קיימים מספר נכסים, חובה לציין את כולם

בת זוג	תובע	הצהרה
<input type="checkbox"/> דירת המגורים בה אני מתגורר <input type="checkbox"/> בבעלותי דירה בה אני לא מתגורר בכתובת _____ <input type="checkbox"/> חנות בכתובת _____ <input type="checkbox"/> מחסן בכתובת _____ <input type="checkbox"/> קרקע <input type="checkbox"/> אדמות חקלאיות <input type="checkbox"/> משק חקלאי <input type="checkbox"/> אחר, פרט _____ <input type="checkbox"/> אין בבעלותי נכס • אם אין בבעלותך נכס - חובה לסמן אין בבעלותי	<input type="checkbox"/> דירת המגורים בה אני מתגורר <input type="checkbox"/> בבעלותי דירה בה אני לא מתגורר בכתובת _____ <input type="checkbox"/> חנות בכתובת _____ <input type="checkbox"/> מחסן בכתובת _____ <input type="checkbox"/> קרקע <input type="checkbox"/> אדמות חקלאיות <input type="checkbox"/> משק חקלאי <input type="checkbox"/> אחר, פרט _____ <input type="checkbox"/> אין בבעלותי נכס • אם אין בבעלותך נכס - חובה לסמן אין בבעלותי	יש לסמן האם בבעלותך אחד מהנכסים הבאים בארץ או בחו"ל
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, יש לצרף חוזה שכירות	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, יש לצרף חוזה שכירות	אני משכיר דירה או אחד מהנכסים שבבעלותי למישהו אחר
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט מי מתגורר בה _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט מי מתגורר בה _____	יש יחידות דיור או דירות שנבנו בסמוך, מעל או מתחת לבית מגורי
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	אחד מהורי נפטר
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ יש לצרף צו ירושה או צוואה וצו קיום צוואה	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ יש לצרף צו ירושה או צוואה וצו קיום צוואה	קיבלתי דירה או נכס כלשהו בירושה או מתנה
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ גוש וחלקה _____ (אם ידוע לך)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ גוש וחלקה _____ (אם ידוע לך)	מכרתי או נתתי במתנה דירה או נכס כלשהו, לבן משפחה או אדם אחר בחמש השנים האחרונות

תאריך _____ חתימת התובע ✕ _____ חתימת בת הזוג ✕ _____

פרטי חשבון הבנק של התובע

10

להלן פרטי החשבון שיש להפקיד בו את תשלומי הגמלה, אם תאושר זכאותך.

שמות בעלי החשבון (כולל שותפים)

שם הבנק	שם הסניף וכתובתו	מס' סניף	מספר חשבון	חשבון מוגבל
				כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

במקרים שאין באפשרותך לפתוח חשבון בנק על שמך, יש ליידע אותנו מה הסיבה לכך:

הצהרת חשבונית בנק

11

האם קיימים על שמך, או על שם בן/בת הזוג, או על שם הילדים שבאחזקתך חשבונות נוספים, שלא מופיעים בטבלה לעיל מסוג: עו"ש פיקדונות שקליים, מט"ח, ניירות ערך, חסכונות, קרן השתלמות או כל השקעה אחרת.

לא, אין חשבונות נוספים

כן, נא פרט בטבלה

שם בעל החשבון	מספר חשבון	בבנק/ בית השקעות

אני החתום מטה, מצהיר כי על שמי או על שם בן/בת זוגי או על שמם של ילדי, לא קיימים חשבונות בנק נוספים מעבר למפורט. כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על פתיחת חשבונות בנק נוספים על שמי או על שם בן/בת זוג או על שם הילדים.

אני/ו מסכים/ים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

שם התובע _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה

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

הצהרה

אני / אנו הח"מ התובע/ים גמלה להבטחת הכנסה מצהיר/ים בזה, כי כל הפרטים שמסרנו בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים.
 ידוע לי/לנו, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה ע"פ חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים שהם בעלי 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 לביטוח לאומי 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 חשבוננו, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

תאריך _____ חתימת התובע * _____ חתימת בן/בת הזוג * _____

כתב ויתור סודיות והרשאה למסירת מידע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
_____	_____	_____
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
_____	_____	_____

אני/אנו הח"מ נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו או לכל אדם אחר הפועל מטעם המוסד לביטוח לאומי או בעבורו, לקבל או למסור לביטוח לאומי כל מידע שיבקש על אודותיי והמצוי ברשותכם, לרבות מידע על מצבי סוציאלי, התפקודי או השיקומי בעבר ובהווה (כולל מידע בדבר סידור ילדיי במסגרת חוץ ביתית) וכן מידע על גמלאות ועל תשלומים אחרים מהמוסד לביטוח לאומי שלהם אני זכאי וכל מידע או מסמך הדרושים להחלטת המוסד, או כל מוסד בנקאי או עובד של מוסד בנקאי פרטים על חשבונות הבנק שלי ושלנו, וזאת בקשר לתביעה לקבלת גמלה להבטחת הכנסה.

תאריך _____ חתימת המבוטח * _____
 תאריך _____ חתימת בן/בת זוג * _____

אישור המעסיק על העסקת עובד



שירות התעסוקה הישראלי



המוסד לביטוח לאומי
הבאים, בהם יוגש האישור

יש להגיש את האישור לשני המשרדים: 1. לשירות התעסוקה 2. לביטוח לאומי, למעט רק בביטוח לאומי:

- ☒ עובד בהיקף של 36 שעות שבועיות ומעלה.
- ☒ עובד במשק בית או טיפול בילדים בהיקף של 25 שעות שבועיות ומעלה.
- ☒ עובד בטיפול בקשישים בהיקף של 15 שעות שבועיות ומעלה או המטפל בשלושה קשישים לפחות.

פרטים על העובד

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
----------	---------	-----------

פרטים על עבודה והיקף משרה

הנ"ל מועסק אצלי על בסיס עובד חודשי/יומי. היקף משרה: מלאה חלקית % המשרה _____
 בימים: א, ב, ג, ד, ה, ו (הקף בעיגול) בשעות _____
 אם העובד מטפל בקשישים, יש לציין את מספר הקשישים שבהם אתה מטפל _____
 האם קיימת אפשרות להגדיל את היקף המשרה לא כן, ב- _____ שעות בחודש

תאריך תחילת העבודה _____ מס' שעות עבודה בשבוע _____ סה"כ שעות עבודה בחודש _____

תשלומים

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

חודש _____ סך _____ ₪
 חודש _____ סך _____ ₪
 חודש _____ סך _____ ₪

באיזה אופן משולם השכר?
 לחשבון הבנק בהמחאה במזומן

בסיס השכר:
 לפי שעה, הסכום לשעה _____ ₪
 לפי יום, הסכום ליום _____ ₪
 לפי חודש, הסכום לחודש _____ ₪

לשימוש המוסד לביטוח לאומי

תשלומים נוספים (כגון משכורת 13, בונוסים)

ביגוד לא כן, סכום _____ תאריך תשלום אחרון _____
 הבראה לא כן, סכום _____ תאריך תשלום אחרון _____
 האם תשלומי ההבראה מועברים בתשלום אחד או יותר?
 כן לא, מס' תשלומים _____

תשלומים אחרים
 לא כן, בעבור _____
 סכום _____ ₪ תאריך תשלום אחרון _____

פרטים נוספים

קשרי משפחה	האם קיים קשר משפחתי בינך לבין העובד? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, רשום את סוג הקרבה: _____
שימוש ברכב המעסיק	האם העובד משתמש ברכב המעסיק? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, רשום את מספר הרישוי: _____
	האם העובד משתמש ברכב לאחר שעות העבודה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן

פרטי המעסיק

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
שם המעסיק/מפעל/קיבוץ/מעביד		<input type="checkbox"/> אין תיק ניכויים <input type="checkbox"/> מספר תיק ניכויים _____
טלפון	טלפון נייד	מספר פקס

כתובת, מס' בית, ישוב, מיקוד

אני מצהיר שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומלאים וידוע לי שלפי סעיפים 414 ו-418 – לחוק העונשין תשל"ז – 1977 עשיית מסמך הנחזה להיות את אשר איננו או העשוי להטעות, היא עברה פלילית שדינה מאסר עד 5 שנים

תאריך _____ חתימה **X** _____ חותמת המעביד _____

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> מס' זהות / דרכון </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7 8</div> <div style="text-align: center;"> <p>סוג המסמך</p> <p>דפים</p> </div> </div> </div>		<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>
--	--	----------------------------------

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
הבטחת הכנסה



כתב ויתור סודיות רפואית
רק למילוי ע"י התובע

שם הגמלה: הבטחת הכנסה

פרטים אישיים																					
	<p style="text-align: center;">תאריך תביעה</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">שנה</td> <td style="text-align: center;">חודש</td> <td style="text-align: center;">יום</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>							שנה	חודש	יום				<p style="text-align: center;">מספר זהות</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%;"></td> </tr> </table>							<p style="text-align: center;">קוד גמלה</p> <p style="text-align: center; font-size: 24px;">07</p>
שנה	חודש	יום																			
שם פרטי		שם משפחה																			
<p>חבר בקופת חולים</p> <p> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____ </p>																					

הצהרה
<p>הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.</p> <p style="text-align: right;">תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____</p>

<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>מס' זהות / דרכון</p>												<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>
<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">8</td> </tr> </table> <p>סוג המסמך</p>	7	8	<p>דפים</p> <table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									
7	8											

חותמת קבלה

עמוד 9 מתוך 9

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
הבטחת הכנסה



כתב ויתור סודיות רפואית
רק למילוי ע"י בן/בת זוג

שם הגמלה: הבטחת הכנסה

פרטים אישיים

	<p>תאריך תביעה</p> <table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>שנה חודש יום</p>											<p>מספר זהות</p> <table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>												<p>קוד גמלה</p> <p style="font-size: 24px;">07</p>
שם פרטי		שם משפחה																						

חבר בקופת חולים

כללית
 מאוחדת
 מכבי
 לאומית
 אחר _____

הצהרה

הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____



נספח – הפניה ללשכת התעסוקה

יש למלא טופס זה ולמסור אותו בלשכת התעסוקה, כדי לקבל עבודה התואמת את מצב בריאותך

הצהרה לשירות התעסוקה

תאריך: _____

לכבוד
שירות התעסוקה
לשכה: _____

פרטי התובע

אני מצהיר בזאת שאני הח"מ הגשתי תביעה להבטחת הכנסה בתאריך _____ בסניף _____

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב.ו.

אני מצהיר בזאת, כי ידוע לי שעלי לפנות מיד לשירות התעסוקה, להתייצב כפי שיידרש ממני, ולקבל כל עבודה מתאימה שתוצע לי.

אינני עובד אני עובד בהיקף של _____ שעות בשבוע, אצל: _____

ידוע לי, כי לעניין חוק הבטחת הכנסה "עבודה מתאימה" היא כל עבודה המתאימה למצבי הבריאותי ולכושרי הגופני, וכי עלי להירשם כתובע הבטחת הכנסה. כן ידוע לי, שאם לא אנהג לפי הוראות שירות התעסוקה, או שאסרב לקבל כל עבודה מתאימה שיציעו לי, יגרום הדבר לשלילת הזכאות לגמלה להבטחת הכנסה לחודש הסירוב ולחודש שאחריו. אני מסכים בזאת שהמוסד לביטוח לאומי יעביר לשירות התעסוקה כל מידע או תיעוד על אודותי הנמצא בידיו, והדרוש לצורך טיפול בהשמתי בעבודה.

אני מצהיר בזאת כי (נא סמן את הסעיף המתאים):

לא הגשתי תביעה לנכות למוסד לביטוח לאומי הגשתי תביעה לנכות כללית למוסד לביטוח לאומי

המוסד לביטוח לאומי אישר לי _____% נכות התקפים למועד זה. מצ"ב קביעת מחלקת נכות.

חתימת התובע ✕ _____ תאריך _____

פרטי בן/בת זוג

אני מצהיר בזאת שאני הח"מ הגשתי תביעה להבטחת הכנסה בתאריך _____ בסניף _____

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב.ו.

אני מצהיר בזאת, כי ידוע לי שעלי לפנות מיד לשירות התעסוקה, להתייצב כפי שידרשו ממני, ולקבל כל עבודה מתאימה שתוצע לי.

אינני עובד אני עובד בהיקף של _____ שעות בשבוע, אצל: _____

ידוע לי, כי לעניין חוק הבטחת הכנסה "עבודה מתאימה" היא כל עבודה המתאימה למצבי הבריאותי ולכושרי הגופני, וכי עלי להירשם כתובע הבטחת הכנסה. כן ידוע לי, שאם לא אנהג לפי הוראות שירות התעסוקה, או שאסרב לקבל כל עבודה מתאימה שיציעו לי, יגרום הדבר לשלילת הזכאות לגמלה להבטחת הכנסה לחודש הסירוב ולחודש שאחריו. אני מסכים בזאת שהמוסד לביטוח לאומי יעביר לשירות התעסוקה כל מידע או תיעוד על אודותי הנמצא בידיו, והדרוש לצורך טיפול בהשמתי בעבודה.

אני מצהיר בזאת כי (נא סמן את הסעיף המתאים):

לא הגשתי תביעה לנכות למוסד לביטוח לאומי הגשתי תביעה לנכות כללית למוסד לביטוח לאומי

המוסד לביטוח לאומי אישר לי _____% נכות התקפים למועד זה. מצ"ב קביעת מחלקת נכות.

חתימת התובע ✕ _____ תאריך _____

מסמכים ואישורים שיש לצרף לתביעת הבטחת הכנסה

לכל התובעים	אם יש לך ילדים בני 24 – 18 באחת המסגרות: התנדבות למטרה ציבורית, עתודה, מסגרת קדם צבאית – יש לצרף אישור מוסמך מהמסגרת המתאימה.
עובד	טופס אישור מעסיק על העסקת עובד. שלושה תלושי שכר אחרונים
מחוסר עבודה	אישור על מועד הפסקת העבודה שלך או של בן/בת זוגך
הכשרה מקצועית או לימודים	אישור ממקום הלימודים ובו ציון תאריך תחילת הלימודים וסיומם. תלמיד בהכשרה מקצועית- אישור השתתפות בלימודים בחודש הראשון ומדי חודש בחודשו
אשפוז או מחלה- כאשר אינך מסוגל לעבוד 30 ימים רצופים לפחות	תעודה רפואית המציינת אי כושר לעבודה מתאריך עד תאריך – הכולל אבחנה רפואית. אם עבדת עד מחלתך – יש להמציא לנו תלוש שכר ואישור מעסיק או חברת הביטוח על זכאותך לדמי מחלה המפרט: מספר ימי מחלה הכלולים בתשלום (מתאריך עד תאריך), ועבור אילו חודשים בוצע התשלום.
פרודה	אם יש בידך פסק דין למזונות – יש לצרפו
גרוש או רווק עם ילדים	הסכם גירושין או פסק דין למזונות או הסכם ממון.
אישה הרה	אישור מרופא נשים המציין את מועד תחילת ההריון או שבוע ההריון.
בן/בת זוג במעצר או במאסר	אישור משטרה או שירות בתי הסוהר על תחילת מעצר או מאסר ותאריך סיום מלא ובניכוי שלישי.
אסיר בעבודות חוץ	אישור על ביצוע עבודות שירות מהממונה על עבודות השירות.
מעצר בית או פיקוח על מעצר	צו בית משפט על קביעת מעצר בית. אישור בית משפט או עורך דין על מועד הדיון הבא.
גמילה מסמים או מאלכוהול	אישור על תאריך תחילת שהותך במרכז הגמילה ואישור חודשי על שיתוף פעולה. אם אתה בטיפול המחלקה לשירותים חברתיים – יש לצרף את תכנית הטיפול.
מרכז שיקום ואבחון או תכנית שיקומית	אישור על תחילת תהליך השיקום, אישור על שיתוף פעולה בכל חודש.
שיקום האסיר	דו"ח מהרשות לשיקום האסיר על תהליך השיקום, משך התקופה ואישורי השתתפות.
קטין נטוש או יתום	אישור או פרוטוקול של החלטת ועדה מהלשכה לשירותים חברתיים.
השגחה	אישור רפואי בו יצוין הצורך בהשגחה תמידית על החולה.
אישה במקלט	אישור על תאריך כניסה למקלט לנפגעות אלימות, אם יצאת מהמקלט – תאריך יציאה.
לימודים באולפן	אישור ממקום הלימודים וכן תאריך תחילת הלימודים וסיומם. פירוט ימים ושעות הלימוד.
דר רחוב	אם אתה בטיפול המחלקה לשירותים חברתיים, יש לצרף דוח של עובד סוציאלי המטפל בך.

באפשרותך למלא את טופס התביעה ולשלוח את המסמכים און ליון (באופן מקוון) באמצעות אתר האינטרנט

www.btl.gov.il