

בקשה להעברת תשלום תוספת בן או בת זוג

- הטופס מיועד לבן זוג המבקשים לקבל לידיהם את תוספת התלויים המשולמת בעדו

1. סוג הקצבה

- קצבת נכות כללית
- קצבת אזרח ותיק

2. פרטי הזכאי לקצבה

- שם פרטי
- שם משפחה
- מצב משפחתי
- מספר תעודת זהות

3. פרטי בן הזוג המבקש

- שם פרטי
- שם משפחה
- מצב משפחתי
- מספר תעודת זהות

כתובת למשלוח דואר (אם לא תואמת לרשום במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

- רחוב או תא דואר
- מס' בית
- כניסה
- דירה
- יישוב
- מיקוד
- טלפון קווי
- טלפון נייד
- דואר אלקטרוני

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

4. פרטי חשבון הבנק של המבקש

- אבקש להעביר את תוספת התלויים המשולמת בעדי לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:
 - שמות בעלי החשבון
 - שם הבנק
 - שם הסניף או כתובתו
 - מספר סניף
 - מספר חשבון
- 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 פרטיהם של מושכי התשלומים. אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

5. הצהרת הסכמת המבקש להעברת התשלום לידי

- אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בבקשה זו הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא 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 בבקשה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לתשלום התוספת או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. אני מתחייב בזה להודיע למוסד לביטוח לאומי ללא דיחוי על כל שינוי שיחול במצבי המשפחתי, התעסוקתי או בהכנסותי מעבודה ושלא מעבודה. ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה
- הבקשה לא תטופל בלי חתימתך
- תאריך
- חתימת המבקש