



תביעה לגמלת זקנה מיוחדת

כולל תביעה להשלמת הכנסה על פי חוק הבטחת הכנסה

חובה לצרף לטופס זה

- במקרה של הפסקה או צמצום בהיקף עבודה - יש לצרף על כך אישור מעביד.
- אישורים על הכנסה מהשכרת נכס (חוזה שכירות) ועל הכנסות מריבית או דיווידנד (רק אם יש).
- אם הינך שכיר/ה:** אישורים על הכנסות מעבודה (תלושי שכר) או אישורי מעביד מכל תקופת עיסוק ובפרט מהשנתיים האחרונות.

כיצד יש להגיש את התביעה

עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.

את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.
לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 12226050.

לידיעתך - על פי חוק, לא תשולם הקצבה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (אחורה) מיום הגשתה.

ניתן להיעזר באתר המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

ביטוח במדינות אחרות

אם היית מבוטח/ת בביטוח סוציאלי באחת המדינות הבאות: גרמניה, אוסטריה, שווייץ, שוודיה, הולנד, דנמרק, צרפת, בלגיה, פינלנד, אנגליה, אורוגוואי וצ'כיה, באפשרותך לבקש בחינת זכותך לגימלה על פי אמנות לביטחון סוציאלי, עליהן חתמה מדינת ישראל.
לשם כך נא לפנות בכתב לאגף קשרי חוץ, המוסד לביטוח לאומי, המשרד הראשי, שדרות ויצמן, ירושלים 91909, בציון המדינה בה היית מבוטח/ת.

חובה לחתום על טופס התביעה

طلب مخصصات شيخوخة خاصة يشمل طلباً لتكملة دخل وفقاً لقانون ضمان الدخل

يجب إرفاق ما يلي إلى هذا النموذج :

- ❑ في حالة التوقف عن العمل او تقليصه – يجب إرفاق تصريح من صاحب العمل عن ذلك.
- ❑ تصاريح عن دخل من تأجير عقار (عقد إيجار) وعن مدخولات من فوائد او أسهم (إذا وجدت فقط)
- ❑ إن كنت أجيراً: تصاريح عن مدخولات من العمل (قسائم راتب) او تصاريح من صاحب العمل عن جميع فترات العمل خاصة من السنتين الأخيرتين.

كيفية تقديم الطلب

يجب إرفاق تصاريح أخرى حسبما هو مطلوب في نموذج الطلب.
يجب إرسال نموذج الطلب او تقديمه إلى فرع مؤسسة التأمين الوطني القريب من مكان سكنك. للأسئلة والاستفسارات يمكن التوجه إلى هاتف رقم 6050* أو 12226050.

لمعلوماتك – وفقاً للقانون, لن تُدفع مخصصات لفترة تزيد عن 12 شهراً بشكل استرجاعي من يوم تقديمها.
يمكن الاستعانة بموقع مؤسسة التأمين الوطني على الانترنت www.btl.gov.il

تأمين في دول أخرى

إن كنت مؤمناً بتأمين اجتماعي في إحدى الدول التالية : ألمانيا, النمسا, سويسرا, السويد, هولندا, الدنمارك, فرنسا, بلجيكا, فنلندا, إنجلترا, اورغواي وتشكيا, تستطيع طلب فحص استحقاقك لمخصصات حسب موثيق الضمان الاجتماعي التي وقعت عليها دولة اسرائيل.
من أجل ذلك الرجاء التوجه خطياً الى وحدة العلاقات الخارجية, مؤسسة التأمين الوطني, المكتب الرئيسي, شارع سيدروت فايتسمان, القدس 91909 , مع ذكر الدولة التي كنت مؤمناً فيها.

الزامي التوقيع على نموذج الطلب



המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות
אגף זקנה ושארים
מؤسسة التأمين الوطني
إدارة المخصصات
قسم الشيخوخة, الارامل والايتم

עמוד 3 מתוך 9
صفحة 3 من 9

תביעה לגמלת זקנה מיוחדת طلب مخصصات شيخوخة خاصة

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות סוג דפים נوع الوثيقة
מס' זהות סוג דפים נوع الوثيقة	מס' זהות סוג דפים נوع الوثيقة

1 פרטים אישיים תفاصيل شخصية

מספר זהות ס"ב رقم الهوية الاضافي	מין الجنس נקבה זכר انثى ذكر	תאריך לידה تاريخ الولادة שנה חודש יום اسنة شهر يوم	שם פרטי الاسم الشخصي	שם משפחה اسم العائلة	שם האב اسم الاب	תאריך עלייה تاريخ القدوم الى البلاد שנה חודש سنة شهر
נא מלאו (רווק/ה, נשוי/אה, אלמן/ה, גרוש/ה, פרוד/ה, ידוע/ה בציבור, עגונה), החל מגיל 18 או מתאריך העלייה הרגא העבטה (أعزب/عزباء, متزوج/ة, مطلقة, منفصلة, معروفة للجمهور, معلقة), ابتداء من سن 18 או מן תאריך הודעה לבלאד						
מצב משפחתי ראשון الحالة الاجتماعية الاولى	מצב משפחתי שני الحالة الاجتماعية الثانية	מצב משפחתי שלישי الحالة الاجتماعية الثالثة	מצב משפחתי אחרון الحالة الاجتماعية الاخيرة	מתאריך من تاريخ	מתאריך من تاريخ	מתאריך من تاريخ
רווק/ה عزب/عزباء						

סניף הביטוח הלאומי, בו תטופל פנייתך, ייקבע על פי הכתובת אשר פרטיה ימסרו בסעיף זה
فرع التأمين الوطني الذي يعنى بطلبك, يحدد حسب العنوان الذي يسجل في هذا البند

2 כתובת מגורים عنوان السكن

מיקוד الرمز البريدي	ישוב البلدة	דירה الشقة	כניסה المدخل	מספר בית رقم البيت	רחוב شارع
דואר אלקטרוני البريد الالكتروني	טלפון קווי الهاتف الأرضي	טלפון סלולר الهاتف الخليوي			

3 מען למכתבים (אם שונה מכתובת מגורייך) عنوان المراسلة (إن كان مختلفاً عن عنوان سكنك)

מיקוד الرمز البريدي	ישוב البلدة	דירה الشقة	כניסה المدخل	מספר בית رقم البيت	רחוב / ת.ד. شارع / ص.ب

עמוד 4 מתוך 9
 صفحة 4 من 9

פרטי ילדים עד גיל 22 תفاصيل الاولاد حتى سن 22

4

מספר זהות رقم الهوية	שם הילד/ה اسم الابن/ة		תאריך לידה تاريخ الولادة	שם האב اسم الاب	ילד/ה מעל גיל 18 לומד/ת בשירות* / אחר الابن/ة فوق سن 18 یتعلم/خدمة عسكرية/آخر
	שם פרטי الاسم الشخصي	שם משפחה اسم العائلة			

פרטים על ילדים נוספים רשום/י בדף נפרד
 أكتب التفاصيل عن الاولاد الاخرين في صفحة منفرة
 יש לצרף אישורים רק אם לומד/ת או בשירות לאומי
 يجب ارفاق الوثائق فقط اذا كان يدرس او في الخدمة الوطنية
 * שירות בצה"ל / קד"צ / עתודה
 שירות לאומי / שירות בהתנדבות
 الخدمة في الجيش/انظامي/تعليمي
 خدمة وطنية/ تطوع

אי מילוי סעיף זה ימנע בחינת זכאותך לתוספת לקצבה עבור ילדיך
 عدم تعبئة هذا البند يمنع تلقياك إضافة مخصصات عن ابناءك

פרטי הכנסותיך לאחר גיל פרישה (הגיל שבו הינך זכאי לקצבת זיקנה)
 تفاصيل دخلك بعد سن التقاعد (السن الذي تستحق فيه مخصصات شيخوخة)

5

יש למלא את הפרטים על כל הכנסותיך מהמקורות המפורטים, נכון למועד הגשת התביעה
 يجب تعبئة التفاصيل عن كل مدخولاتك من المصادر المفصلة, صحيح حتى تاريخ تقديم الطلب

מקור הכנסה مصدر الدخل	אין X لا يوجد	יש X يوجد	סכום הכנסה חודשי مبلغ الدخل الشهري
עבודה (שכר, תגמולים...) العمل (أجر, مخصصات)			
הכנסה מהשכרת נכס دخل من تأجير عقار			
ריבית מחסכונות* או דיווידנד ממניות فائدة من توفيرات* او أرباح من أسهم			

יש למלא בריביות העולות על 8000 ש"ח (ברוטו) לחודש
 يجب التعبئة اذا كانت الفوائد أكثر من 8000 شيكل (غير صافي) شهرياً
 יש לצרף אישורים על עבודה והכנסה מהשכרת נכס (חוזה שכירות), ריבית או דיווידנד.
 يجب ارفاق تصاريح عن العمل والدخل من تأجير عقار (عقد إيجار), فائدة او أرباح من أسهم.

אי מילוי סעיף זה במלואו יביא לעיכוב בטיפול ואף לדחיית התביעה
 عدم تعبئة هذا البند بكامله يؤدي الى تأخير العناية او حتى رفض الطلب

עבודה ועיסוק לאחר גיל פרישה العمل والمهنة بعد سن التقاعد

6

אני ממשיך/ה לעבוד בהיקף מלא
 انا مستمر/ة في العمل بوظيفة كاملة

* הפסקתי / אפסיק לעבוד מתאריך _____
 توقفت/ سأتوقف عن العمل من تاريخ _____

* אצמצם את היקף עבודתי מתאריך _____ והכנסתי (ברוטו) תהיה _____ ש"ח לחודש
 سأقلص عملي من تاريخ _____ ودخلي (قبل خصم الضريبة) سيكون _____ ش.ج للشهر

יש לצרף אישור מעביד במקרה של הפסקה או צמצום היקף העבודה.
 يجب ارفاق تصريح من صاحب العمل في حالة التوقف عن العمل او تقليصه.

פרטי בן/בת הזוג תفاصيل الزوج/ة

7

מספר זהות رقم الهوية الإضافي	מין الجنس <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה انتی	תאריך לידה تاريخ الولادة	גר/ה איתי يسكن معي <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
שם פרטי الاسم الشخصي	שם משפחה اسم العائلة	שם האב اسم الاب	תאריך עלייה تاريخ القدوم للبلاد
כתובת בן/בת הזוג - יש למלא רק אם הכתובת שונה מכתובתך عنوان الزوج/ة - يجب التعبئة فقط اذا كان العنوان مختلفاً عن عنوانك			
רחוב شارع	מספר בית رقم البيت	כניסה المدخل	דירה شقة
מיקוד / ת.ד. ميكود/ ص.ب	ישוב البلدة	תאריך עלייה تاريخ القدوم للبلاد	שנה سنة

הכנסות בן/בת הזוג - למועד הגשת התביעה הזוג מדخולות الزوج/ة למועד تقديم هذا الطلب

אי מילוי סעיף זה לא יאפשר בחינת מתן תוספת קצבה בעד בן/בת הזוג
 عدم تعبئة هذا البند لا يمكن فحص منح إضافة مخصصات عن الزوج/ة

מקור הכנסה مصدر الدخل	אין X لا يوجد	יש X يوجد	סכום הכנסה חודשי مبلغ الدخل الشهري
עבודה (שכר, תגמולים) العمل _ (الاجر , مخصصات)			
פנסיה בישראל/או רנטה מחו"ל تقاعد في اسرائيل و/او معاش من خارج البلاد			
תגמולים ממשרד האוצר مخصصات من وزارة المالية			
הכנסה מהשכרת נכס دخل من تأجير عقار			
ריבית מחסכונות או דייוידנד ממניות فائدة من توفيرات او أرباح من أسهم			

יש לצרף אישורים על כל מקור הכנסה
 يجب ارفاق تصاريح عن كل مصدر دخل

מקום תשלום מקום הדفع

אני מבקשת/ה שהקצבה תשלום לי בחשבון:
أطلب ان تدفع لي المخصصات الى حساب :

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

החשבון מתנהל על שמי ועל שם
 الحساب يدار على اسمي وعلى اسم

החשבון מתנהל על שם הקיבוץ / המושב השיתופי
 الحساب يدار على اسم الكيبوتس / البلدة التعاونية

סוג הקרבה
 نوع القرابة

בן/בת הזוג, הורה, בן/בת, אח/אחות
 زوجة, والد, ابنة, اخ/ات

הצהרת מקבל/ת הקצבה והשותפים לחשבון:

אנו מתחייבים להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון החשבון.
 אנו מסכימים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.
אנו מסכימים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך החשבון, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום כלשהו בטעות, או שלא כדין, וכן ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים כאמור.
 אנו השותפים לחשבון, מתחייבים להשתמש בכספי הגמלה, שיפקדו לחשבון, עבור מקבל הגמלה.

תصريح متلقي المخصصات والشركاء بالحساب:

نتعهد بتبليغ مؤسسة التأمين الوطني عن اي تغيير على الشركاء في الحساب والموخولين بالتصرف في الحساب, والتأكد من توقيعهم على نموذج حثلة الحساب.
 نوافق على ان يقدم البنك لمؤسسة التأمين الوطني حسب طلبها تفاصيل الشركاء في الحساب والموخولين بالتصرف فيه من حين لآخر, سواء خلال فترة استحقاق المخصصات او بعدها.
نوافق ان يعيد البنك الى مؤسسة التأمين الوطني حسب طلبها مبالغ من الحساب, اذا كانت المؤسسة قد اودعت في الحساب مبلغاً بالخطأ او ليس وفقاً للقانون, وكذلك ان يعطي المؤسسة تفاصيل الذين سحبوا المبالغ المذكورة.
 نحن الشركاء في الحساب, نلتزم بصرف مبالغ المخصصات التي ستودع في الحساب, لمتلقي المخصصات.

הצהרת מגיש התביעה:

אני מצהיר/ה כי כל הפרטים בתביעה הם נכונים ומלאים.
 ידוע לי כי מסירת פרטים לא נכונים או העלמת פרטים, מהווה עבירה על החוק.
 המוסד לביטוח לאומי רשאי לתבוע כל סכום ששולם שלא כדין, בצירוף תוספת לפי שיעור עליית המדד.
 אם יחול שינוי בפרטים שמסרתי, כגון: במצב משפחתי, בהכנסה, בכתובתי, אודיע מיד למוסד לביטוח לאומי.
 כמו כן אני מתחייב/ת להודיע על כל יציאה לחו"ל לתקופה העולה על שישה חודשים.

تصريح مقدم الطلب :

أصرح بأن جميع التفاصيل في الطلب صحيحة وكاملة.
 اعرف ان تقديم تفاصيل غير صحيحة او اخفاء تفاصيل يعتبر مخالفة للقانون.
 يحق لمؤسسة التأمين الوطني طلب كل مبلغ لم يدفع وفقاً للقانون, بإضافة الزيادة عن جدول غلاء المعيشة.
 اذا طرأ تغيير على التفاصيل البت قدمتها, مثل: الحالة الاجتماعية, الدخل, العنوان, سأبلغ مؤسسة التأمين الوطني فوراً.
 كما ألتزم بالتبليغ عن اي سفر الى خارج البلاد لفترة تزيد عن ستة أشهر.

**היעדר חתימות על גבי הטופס יגרום להחזר התביעה לתובע
 عدم التوقيع على النموذج يؤدي الى إرجاع الطلب لمن قدمه**

תאריך _____ שם החותם _____ חתימה X _____
 التاريخ _____ اسم الموقع _____ توقيع

אם החותם/ת על התביעה אינו/ה תובע/ת הגמלה
 إذا كان الموقع على الطلب هو غير الشخص الذي يطلب المخصصات

פרטי החותם על התביעה עבור אדם אחר תفاصيل الموقع على الطلب عن شخص اخر

9

שם פרטי الاسم الشخصي	שם משפחה اسم العائلة	מספר זהות ס"ב رقم الهوية الاضافي	סלולרי خليوي
כתובת العنوان	כניסה مدخل	טלפון هاتف	0

* יחס קרבה *
 علاقة القربى

** סיבת הגשת התביעה על ידו/ה**
 سبب تقديم الطلب من قبله

* אם יחס הקירבה אינו מדרגה ראשונה, יש לצרף כתב מינוי מביטוח לאומי
 إذا كانت علاقة القربى ليست قرابة من الدرجة الاولى , يجب ارفاق رسالة تعيين من التامين الوطني

** יש לצרף אישור רפואי או צו בית משפט
 يجب ارفاق تصريح طبي او أمر محكمة.

תביעה להשלמת הכנסה - שם פרטי ומשפחה:

ת.ז.:
 رقم الهوية

الاسم الشخصي والعائلة

طلب لتكملة الدخل

**(אין חובה למלא דף זה)
 (غير ملزم بتعبئة الاقسام التالية)**

אם הכנסותיך נמוכות והנך מעוניין/ת שנבחן את זכאותך להשלמת הכנסה כתוספת לקצבת הזקנה מיוחדת, נא למלא/י טופס זה.

אذا كانت مدخولاتك قليلة وانت معني بأن نفحص استحقاقك لتكملة دخل كإضافة الى مخصصات الشيخوخة الخاصة, الرجاء تعبئة هذا النموذج

⚡ חובה לצרף לנספח זה דפי חשבון עובר ושב עבור שלושת החודשים האחרונים ואישור על ריכוז תיק השקעות מכל הבנקים בהם מנהלים חשבונותיך.

يجب ارفاق لهذا الملحق اوراق حساب البنك الجاري للأشهر الثلاثة الأخيرة وتصريح عن تركيز ملف الاستثمارات من جميع البنوك التي تدير فيها حساباتك.

I פרטים על הון של התובעת/ו או בן/בת הזוג تفاصيل عن اموال مقدم الطلب و/او زوجته/زوجها

אם יש - נא למלא סכום בשקלים. אם אין - נא לסמן X
 إذا وجدت - الرجاء تعبئة المبلغ بالشواقل. ان لم يوجد - الرجاء وضع إشارة X

בן/בת הזוג الزوج/ة	התובעת/ مقدم الطلب	
		פקדונות ותוכניות חסכון ودائع وبرامج توفير
		אגרות חוב וניירות חוב اوراق مالية او سندات دين
		גמלה ממשרד הקליטה / הסוכנות مخصصات من وزارة الاستيعاب \ الوكالة اليهودية
		פנסיה / רנטה מחו"ל تقاعد \ معاش من خارج البلاد
		תגמולים ממשרד הבטחון / האוצר مخصصات من وزارة الدفاع \ المالية

II פרטים על נכסי התובעת/ו או בן/בת הזוג تفاصيل عن ممتلكات مقدمة الطلب و/او زوجته/زوجها

יש לפרט רכוש והון שהיו ברשות המבקש/ת ו/או בן/בת הזוג ב- 5 השנים האחרונות.
 يجب تفصيل ممتلكات و/او ركة الزوجة/زوجها خلال السنوات الخمس الأخيرة.

אם אין רכוש או הון נא לסמן X
 إذا لم تكن املك او ممتلكات الرجاء وضع إشارة X

אם נמסר ללא תמורה ציין מועד המסירה إذا قدم بدون مقابل اذكر تاريخ التقديم	אם נמכר, ציין מועד המכירה إذا بيع, اذكر تاريخ البيع	פרטים על הרכוש تفاصيل الممتلكات	סוג הרכוש או ההון نوع الممتلكات او الاموال
		כתובת: العنوان גוש/חלקה: حوض/قسمة: בבעלותי: כן / לא במלכיתי: נעם / לא שאני שוכר/ת: כן / לא מסאגרה: נעם/לא	בתים ודירות (פרט לדירת מגורים ולדיר מוגן) ביות ושقق (מא עدا شقة السكن والشقة المحمية)
		מקום: مكان גוש/חלקה: حوض اقسمة:	קרקע עירונית, קרקע חקלאית ומשק חקלאי (משק חי, פרדס, פלחה וכו') ارض بلدية, ارض زراعية ومزرعة (מزرעה חיוננות, בביارة, فلاحه, الخ)
		יש / אין يوجد / لا يوجد	עסק ושותפות בעסק (בית חרושת, בית מלאכה, חנות וכו') مصنعة وشراكة في مصنعة (مصنعة, مشغل, دكان الخ)
		בבעלותי או בשימושי: כן / לא במלכיתי או באסخدامי: נעם / לא רכב נידות: כן / לא סביارة تنقل: נעם / לא לצורך טיפול רפואי: כן / לא لحاجة العلاج الطبي: نעם / لا	רכב سيارة

פרטים אחרים **III** تفصيل اخرى

אני חייב בתשלום דמי מזונות על פי פסק דין, בסכום חודשי של _____ ₪
انا ملزم بدفع مخصصات نفقة وفقاً لقرار محكمة, بمبلغ شهري وقدره

נפסקו לזכותי דמי מזונות, בסכום חודשי של _____ ₪
حكم لصالحي مخصصات نفقة بمبلغ شهري وقدره

אמצעי קיום **IV** وسائل معيشة

אם אין לך הכנסות, ציין את מקורות הקיום שלך:
اذا لم تكن لديك مدخولات, اذكر مصادر معيشتك :

תאריך
تاريخ

שם החותם
اسم الموقع

חתימה
توقيع