



המוסד לביטוח לאומי

סניף _____
 مؤسسة التأمين الوطني
 فرع _____

תאריך _____

التاريخ _____

(פנימי) מס' בקשה _____

(للاستخدام الداخلي فقط) رقم الطلب _____

טופס בקשה לקבלת מידע

לפי חוק חופש המידע התשנ"ט – 1998
 המוסד לביטוח לאומי
 משרד הממונה על העמדת מידע לציבור

استمارة طلب لتلقي المعلومات

وفق قانون حرية المعلومات- 1998

مؤسسة التأمين الوطني

مكتب الموظف المسئول عن تقديم المعلومات للجمهور

פרטים כלליים

1

تفاصيل عامة
 שם משפחה
 اسم العائلة

שם פרטי
 الإسم الشخصي

מספר זהות
 ס"ב
 رقم بطاقة الهوية الشخصية
 رقم المراقبة

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

כתובת
 العنوان

| מיקוד الرمز البريدي | יישוב البلدة | דירה شقة | כניסה مدخل | מס' בית رقم المنزل | רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد |
|------------------------|-----------------|-------------|---------------|-----------------------|-----------------------------------|
| | | | | | |

| דואר אלקטרוני عنوان البريد الإلكتروني | טלפון נייד الهاتف الخليوي | טלפון קווי الهاتف الأرضي | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | <table border="1"> <tr> <td>0</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS <input type="checkbox"/> أوافق على تلقي رسائل نصية قصيرة</p> | 0 | | | | | | | | | | <table border="1"> <tr> <td>0</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> | 0 | | | | | | | | | |
| 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

מידע מבוקש

المعلومات المطلوبة

- הנני אזרח ישראלי תושב ישראל
 אני مواطن إسرائيلي من سكان دولة إسرائيل

- המידע המבוקש: המידע המבוקש הינו אודותיי אחר
 المعلومات المطلوبة: المعلومات المطلوبة متعلقة بي آخر

אגרת בקשה-

رسوم الطلب

הטיפול בבקשה כרוך בתשלום אגרת בקשה בסך - 95 ₪*. שובר לתשלום ישלח אליך ע"י הממונה לאחר הגשת הבקשה.

معالجة الطلب منوطة بدفع رسوم بقيمة 95 شيكل. قسيمة الدفع ستُرسل إليك بعد تقديم الطلب.

התחייבות

التزام

הנני מתחייב לשאת באגרת טיפול ובאגרת הפקה עד לסכום של - 252 ₪. אם הממונה יודיע לי כי עלות הטיפול בבקשתי גבוהה יותר, תידרש ממני הסכמה נפרדת להמשך הטיפול.

التزم بدفع رسوم معالجة الطلب ورسوم إصدار المعلومات بقيمة 252 شيكل. إن أبلغني الموظف المسئول عن ارتفاع تكلفة معالجة الطلب، سأضطر للمصادقة بشكل منفصل على تنمة إجراء المعالجة.

תאריך

_____ التاريخ

חתימה *

_____ التوقيع *

- מידע שאדם מבקש אודות עצמו פטור מאגרת בקשה וכן מאגרת טיפול עבור 6 שעות עבודה
- الشخص المتقدم بطلب تلقي معلومات عن نفسه يعفى من دفع رسوم الطلب ورسوم المعالجة بشأن 6 ساعات عمل.

את הטופס יש לשלוח לכתובת הבאה:

يجب إرسال الاستمارة إلى العنوان التالي:

המוסד לביטוח לאומי, שד' ויצמן 13, ירושלים 91909, לידי מר חיים פיטוסי, משרד הממונה על העמדת מידע לציבור, פקס 02 – 6540428

مؤسسة التأمين الوطني، شديروت فايتسمان 13، القدس 91909، ليّد السيد حاييم بيتوسي، مكتب الموظف المسئول عن تزويد الجمهور بالمعلومات.

פאקס: 02 – 6540428

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

هذه الاستمارة صيغت بالذكور، لكنها موجّهة للنساء والرجال على حد سواء