



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג		דפים		המסמך		סוג		דפים	

הצהרת התובע לאחר שחרור
מאשפוז או שהות בבית אבות
או מוסד סיעודי

1 פרטי התובע

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
מצב משפחתי					
<input type="checkbox"/> רווקה		<input type="checkbox"/> אלמנה		<input type="checkbox"/> פרודה	
<input type="checkbox"/> נשוי/אה		<input type="checkbox"/> גרושה		<input type="checkbox"/> ידועה/בציבור	
התובע נמצא כעת ב:					
<input type="checkbox"/> בכתובת מגוריו					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד		דואר אלקטרוני		
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS					
<input type="checkbox"/> בכתובת אחרת. פרט: אצל: _____					
כתובת:					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
<input type="checkbox"/> גר לבדו		<input type="checkbox"/> מתגורר עם אדם אחר, שם משפחה ושם פרטי _____ קרבה _____			

2 הצהרת התובע או מגיש התביעה

אני מודיע כי שוחררתי מאשפוז בבית חולים בית אבות או מוסד סיעודי בשם _____ בתאריך _____

אני החתום מטה תובע גמלת סיעוד ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימת התובע / מקבל הגמלה / מגיש התביעה _____