



קצבת אזרח ותיק/שאירים/נכות
Old Age / Survivors / Disability Pension

לידיעתך

- ✎ לצורך בדיקת זכאותך או המשך הזכאות לקצבה, אנו מבקשים למלא את פרטיך בטופס "אישור חיים המצורף.
- ✎ עליך להזדהות בפני עובד הקונסוליה הישראלית ולחתום על הטופס. על העובד לאשר את חתימתך על פי תעודות מוסכמות כגון: דרכון, תעודות זהות וכד'.
- ✎ **במדינות הבאות:** אוסטריה, איטליה, אורוגואי, בולגריה, בלגיה, בריטניה, גרמניה, דנמרק, הולנד, נורבגיה, רוסיה, סלובקיה, פינלנד, הרפובליקה הצ'כית, צרפת, רומניה, שבדיה ושוויץ ניתן לאשר את החתימה גם בסניף של המוסד לביטוח סוציאלי באותה מדינה.
- ✎ אם אין באפשרותך להופיע בפני אחד מהמוסדות כמצוין בסעיפים 2-3, ניתן לאשר את החתימה בפני נוטריון ציבורי, ראש הקהילה היהודית (לחברי אותה הקהילה בלבד), משרד הפנים והעיריה המקומית.
- ✎ אנו מבקשים להחזיר אלינו את הטופס בהקדם, לאחר חתימה ואישור כפי שפורט לעיל.

לידיעתך

- ✎ Please fill out the form which appears on the reverse side in order to enable us to (re)examine your eligibility.
- ✎ The form must be signed in the presence of an official of the Israeli Consulate, who will certify your identity on the basis of an authorized document, such as a passport or identity card.
- ✎ **If you reside in one of the following countries:** Austria, Belgium, Bulgaria, the Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Great Britain, Italy, Netherlands, Norway, Romania, Russia, Slovakia, Sweden, Switzerland or Uruguay, you may have the form certified at a branch office of the Social Insurance Institute of that country.
- ✎ If it is not possible to have your signature validated as per paragraphs 2 or 3 above, it may be certified by a local public notary, the leader of the local Jewish community (for members of the own community only), the Ministry of Interior and the City Hall.
- ✎ Please return the signed form with your signature verification(s) as soon as possible.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

<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

המוסד לביטוח לאומי
 מינהל הגמלאות
NATIONAL INSURANCE INSTITUTE OF ISRAEL



קצבת אזרח ותיק/שאירים/נכות
Old Age / Survivors / Disability Pension

To be sent to:
 National Insurance Institute

 ISRAEL

Type of pension Old Age Pension <input type="checkbox"/> קצבת אזרח ותיק	Survivors Pension <input type="checkbox"/> קצבת שאירים	Disability Pension <input type="checkbox"/> קצבת נכות	סוג הקצבה
---	--	---	------------------

Details on the Claimant				פרטי התובע	
מספר זהות ישראלית Israeli Identity number _____	sex / מין M <input type="checkbox"/> ז F <input type="checkbox"/> נ	תאריך לידה Date of birth _____	שם פרטי First name _____	שם משפחה Family name _____	1
Address				כתובת	
מיקוד Postal code	יישוב Town	דירה Apartment	כניסה Entrance	מס' בית House number	רחוב/תא דואר Street/POB
Email כתובת דואר אלקטרוני _____ @ _____			מדינה/State Country/State		
Family status				מצב משפחתי	
נא למלא <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> נשואה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> פרוד <input type="checkbox"/> ידועה בציבור <input type="checkbox"/> עגונה Please fill in: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Widow <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Common – Law partnership <input type="checkbox"/> Abandoned wife					

Authorization	אישור	
The identity of the above named has been verified by the following document(s)		הוכיח זהותו על פי
_____ _____		_____ _____
Signed this certificate in my presence _____		חתם על תעודה זאת בנוכחותי
Signature of beneficiary _____		חתימת בעל האישור
Date _____		מקום _____
Signature of certifying officer _____		חתימת המאשר
Certifying stamp _____		חותמת המאשר