



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
אגף קצבאות אזרחים ותיקים  
ושאירים

חותמת קבלה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים
------------------------------------	---------------------------------------

**בקשה למענק הסתגלות למי שמעל גיל 67 (נשים וגברים)  
שהפסיק לעבוד עקב משבר הקורונה (תקנות לשעת חירום נגיף הקורונה)**

**הזכאים – דברי הסבר**

- ☞ תושב ישראל מגיל 67 ומעלה.
  - ☞ שכירים לפחות ב-3 החודשים האחרונים לפני היציאה לחל"ת או לפני הפיטורים
  - ☞ אנשים שפוטרו מהעבודה או הוצאו לחל"ת לתקופה העולה על 30 ימים (אדם שהתפטר אינו זכאי למענק)
  - ☞ החל מחודש 8/2020 - אנשים שפוטרו מהעבודה או הוצאו לחל"ת לתקופה העולה על 14 ימים (אדם שהתפטר אינו זכאי למענק).
  - ☞ בהתפטרות עקב קבוצת סיכון לבני 67 – 70 יש להמציא אישור רפואי בהתאם.
  - ☞ לתשומת לבך: מקבלי פנסיה – זכאי רק מי שסכום הפנסיה החודשית ברוטו נמוך מ-5000 ₪.
- גובה המענק מותנה בגובה הפנסיה.

1

**פרטי המבקש**

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:	
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.			
<b>שם המעסיק:</b> _____ <b>תקופת עבודה:</b> _____			
מתאריך _____ עד תאריך _____	סיבת הפסקת העבודה: <input type="checkbox"/> פיטורין <input type="checkbox"/> חל"ת <input type="checkbox"/> עקב קבוצת סיכון		
מתאריך _____ עד תאריך _____	סיבת הפסקת העבודה: <input type="checkbox"/> פיטורין <input type="checkbox"/> חל"ת <input type="checkbox"/> עקב קבוצת סיכון		
מתאריך _____ עד תאריך _____	סיבת הפסקת העבודה: <input type="checkbox"/> פיטורין <input type="checkbox"/> חל"ת <input type="checkbox"/> עקב קבוצת סיכון		
האם חזרת לעבודה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך _____			
<b>שם מעסיק נוסף:</b> _____ <b>תקופת עבודה:</b> _____			
מתאריך _____ עד תאריך _____	סיבת הפסקת העבודה: <input type="checkbox"/> פיטורין <input type="checkbox"/> חל"ת		
מתאריך _____ עד תאריך _____	סיבת הפסקת העבודה: <input type="checkbox"/> פיטורין <input type="checkbox"/> חל"ת		
מתאריך _____ עד תאריך _____	סיבת הפסקת העבודה: <input type="checkbox"/> פיטורין <input type="checkbox"/> חל"ת		
האם חזרת לעבודה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך _____			
הכנסה מפנסיה <u>לא</u> כולל סכום קצבת אזרח ותיק מביטוח לאומי: <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, גובה הכנסה מפנסיה (ברוטו) _____ ₪			
האם אתה עובד אצל מעסיק אחר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן החל מ _____ שם המעסיק _____			

2

פרטי חשבון הבנק

<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוץ		סוג החשבון		שמות בעלי החשבון:	
מספר חשבון		מס' סניף	שם הסניף / כתובתו		שם הבנק

3

הצהרה

אני מצהיר בזה, כי כל הפרטים בבקשה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד לביטוח לאומי יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין. וכן שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד לביטוח לאומי יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך **אימות בעלותי בחשבון הבנק** כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד לביטוח לאומי את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. **לחילופין, ידוע לי כי המוסד לביטוח לאומי רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.**

ידוע לי, כי בהתאם לחוק הביטוח הלאומי, אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן גמלה לפי חוק זה, או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, עובר על החוק וצפוי לקנס כספי ומאסר. 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.

שם המבקש \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_