



## בקשה לפיצול תיק קצבת ילדים

### זכאות להגשת הבקשה

הטופס מיועד לגרוש או להורה החי בנפרד מבן/בת זוג/תו לפחות 6 חודשים, והילדים או חלק מהילדים בהחזקתו/ה

### חובה לצרף לטופס זה

פסק דין או הסכם גירושין בתוקף, המציין את פרטי ההורה המחזיק בילד/ים וקובע למי תשולם קצבת הילדים.

### לידיעתך

באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני. לידיעתך, המוסד יהיה פטור ממשלוח הודעות אלו גם בדואר

### כיצד יש להגיש את הבקשה

- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
  - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
  - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות וביירוטים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט.

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
תחום ילדים

**בקשה לפיצול תיק קצבת ילדים**

עמוד 1 מתוך 2

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;">סוג המסמך</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div> </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
---	---------------------------

**חותמת קבלה**

**1**

**פרטי המבקש**

א. פרטי הגרושה / נפרדת

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

ב. פרטי הגרושין / הנפרדות

תאריך גירושין / נפרדות שנה חודש יום	סיבה <input type="checkbox"/> גירושין – יש לצרף פסק דין או הסכם גירושין בתוקף, המציין את פרטי ההורה המחזיק בילד/ים וקובע למי תשולם קצבת הילדים. <input type="checkbox"/> פרידה – יש לצרף הצהרה על נפרדות ומסמכים מתאימים.
--	---

ג. כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב	מס' בית	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני		
		_____@_____		

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב

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.

ג. מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

**2**

**פרטי הילדים שטרם מלאו להם 18 שנה**

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	שם ההורה המחזיק בילד/ים
			שנה חודש יום	
1			שנה חודש יום	
2			שנה חודש יום	
3			שנה חודש יום	
4			שנה חודש יום	
5			שנה חודש יום	

3

**פרטי חשבון הבנק**

**חשבון הבנק צריך להיות על שם מקבל הקצבה או חשבון בו שותף מקבל הקצבה:**

שמות השותפים לחשבון

שמות השותפים לחשבון			
מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף / כתובתו	שם הבנק

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום:  לחשבון הקיבוץ / המושב  לחשבוני הפרטי

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
 חתימת/חתימות השותפים לחשבון      חתימת מקבל התשלום      תאריך

4

**הצהרה**

אני החתום מטה מצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בטופס הבקשה ובנספחיו הם 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, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בבקשה 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 לביטוח לאומי על כל יציאה מהארץ של הילד/ים לתקופה העולה על 3 חודשים. 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

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

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ שם מגיש הבקשה \_\_\_\_\_ חתימת מגיש הבקשה \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
 תאריך