



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

**בקשה להפסקת מזונות או  
חידוש מזונות**

חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
_____									
סוג המסמך		דפים							
0	1	_____							

**1 פרטי המבקשת**

1

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות ס"ב

\_\_\_\_\_

**2 106 – הפסקת תשלום מזונות**

2

אני החתומה מטה מבקשת מהמוסד לביטוח לאומי להפסיק את תשלום דמי המזונות המשולמים לי על פי חוק המזונות (הבטחת תשלום) תשל"ב, החל מיום: \_\_\_\_\_

סיבת ההפסקה

- (11)  שלום בית ☞ הפרשים (הסכום בין גובה פסק הדין לתשלום בפועל), בגין העבר לא יגבה ע"י המוסד לביטוח לאומי.
- (12)  גביה עצמית (תקנות)
- (13)  גביה עצמית (פסק דין)
- (99)  אחר \_\_\_\_\_

כתובת הזוכה

טלפון / נייד \_\_\_\_\_

כתובת החייב

טלפון / נייד \_\_\_\_\_

חתימת הזוכה ✕

**3 106 – חידוש תשלום מזונות תוך שישה חודשים וולא פסק דין**

3

אני החתומה מטה מבקשת מהמוסד לביטוח לאומי לחדש את תשלום דמי המזונות על-פי חוק המזונות (הבטחת תשלום) החל מיום: \_\_\_\_\_

- קבלתי מן החייב תשלומים ישירים עד ליום \_\_\_\_\_
- קבלתי מן החייב תשלומים באמצעות הוצל"פ עד ליום \_\_\_\_\_ (נא צרפי אישור)
- לא קבלתי מן החייב כל תשלום מיום ההפסקה. פרט מקורות קיום \_\_\_\_\_

לא חל כל שינוי בפרטי הבקשה ופסק הדין

חל שינוי ב:  פסק הדין  מצב משפחתי  פרטי ילדים  פרטי חייב ☞ יש למלא את הטופס המתאים

כתובת הזוכה

טלפון / נייד \_\_\_\_\_

כתובת החייב

טלפון / נייד \_\_\_\_\_

אני מצהירה שכל הפרטים שמסרתי הינם נכונים ואני מתחייבת להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטים שמסרתי

חתימת הזוכה ✕

**4 החלטת הפקיד**

4

לחדש מיום \_\_\_\_\_

לא לחדש. סיבה: \_\_\_\_\_

חתימת פקיד תביעות ✕

תאריך \_\_\_\_\_