



הצהרה שנתית על יציאות מחוץ למוסד בו שוה מוגבל בניידות

כיצד יש להגיש את ההצהרה

- יש להקפיד ולמלא את טופס ההצהרה המצורף.
- את טופס ההצהרה יש לשלוח אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך או להביאו לשם. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון שמספרו *6050 או 04-8812345.
- מידע נוסף, אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

טופס זה מנסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
תחום ניידות

<p>מס' זהות / דרכון</p> <p>סוג המסמך</p> <p>דפים</p>	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p>חותמת קבלה</p>
--	----------------------------------	-------------------

הצהרה לשנת על יציאות מחוץ למוסד בו שוה מוגבל בניידות

1

פרטי התובע

<p>שם משפחה</p>	<p>שם פרטי</p>	<p>תאריך לידה</p> <p>שנה חודש יום</p>	<p>מספר זהות</p> <p>ס"ב</p>
-----------------	----------------	---------------------------------------	-----------------------------

מוצהר בזאת כי אני יוצא באופן קבוע ברכב מנועי מתחומי המוסד בו אני שוה לפחות 6 פעמים בחודש למטרת:

ביקור משפחה פעילות חברתית פעילות שיקומית טיפולים רפואיים עבודה לימודים

ואין גוף ציבורי הנושא בהוצאות היציאות האמורות.

תאריך * _____ חתימת התובע/אפוטרופוס * _____

2

הצהרה – למילוי ע"י העובד הסוציאלי

הנ"ל שוה במוסדנו _____ מתאריך _____ אני מצהיר בזאת כי קרובי משפחתי של התובע מבקרים במוסדנו באופן קבוע. במידה והתובע יוצא את חצרי המוסד למטרות המפורטות בסעיף 1 לעיל, פחות מ- 6 פעמים בחודש, אעדכן את המוסד לביטוח לאומי תוך 30 יום בכתב. ידוע לי כי המוסד לביטוח לאומי, שומר לעצמו את הזכות לדרוש בדיעבד את פירוט היציאות. במידה ויש חודש/ים בהם לא יצא 6 פעמים נא סמן * :

ינואר פברואר מרץ אפריל מאי יוני
 יולי אוגוסט ספטמבר אוקטובר נובמבר דצמבר

תאריך * _____ חתימת העו"ס * _____

3

המלצה – למילוי ע"י העובד הסוציאלי

אני ממליץ לשלם ישירות לתובע אני ממליץ למנות מקבל קצבה לתובע הנ"ל

תאריך * _____ חתימת העו"ס * _____