



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
مؤسسة التأمين الوطني
مديرية المخصصات

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג		דפים		המסמך		סוג		דפים	

בקשה להענקה מטעמי צדק
طلب هبة من أسباب العدالة

תאריך קבלה _____

סוג הגמלה שנדחתה (בגינה אני מבקש לאשר הענקה זו): _____
 نوع المخصصات التي رُفضت (التي بشأنها أطلب بالمصادقة على هذه الهبة):

1 פרטי מבקש הענקה
1 تفاصيل مقدم الطلب

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية ס"ב	תאריך לידה تاريخ الميلاد	מין الجنس	מצב משפחתי الحالة الاجتماعية	החל מ: من تاريخ:
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה ذكر أنثى	<input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> רווקה/עזיבא <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> ארמל/עזיבא أعزب/عزيباء أرمل/عزيباء	<input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> פרודה/מפולק <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> מפולק/גרושה مفصل/مطلق مفصل/مطلق	<input type="checkbox"/> נשואה <input type="checkbox"/> נשואה/מתווג/מתווג <input type="checkbox"/> עגונה <input type="checkbox"/> עגונה/מהגורה متزوج/متزوجة متزوج/متزوجة	<input type="checkbox"/> ידועה/בציבור <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור ידועה/בציבור معروف لدى الجمهور	שנה _____ חודש _____ יום _____ سنة شهر يوم	שנה _____ חודש _____ יום _____ سنة شهر يوم

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)
العنوان (المسجل في وزارة الداخلية)

רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد	מס' בית رقم المنزل	כניסה المدخل	דירה الشقة	יישוב البلدة	מיקוד رقم المنطقة
טלפון קווי رقم الهاتف _____ טלפון נייד الهاتف الخليوي _____ <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS أوافق على استلام رسائل نصية	דואר אלקטרוני البريد الالكتروني				

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)
العنوان البريدي (إذا كان مختلفا عن العنوان أعلاه)

רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد	מס' בית رقم المنزل	כניסה المدخل	דירה رقم المنزل	יישוב البلدة	מיקוד رقم المنطقة
מהן הסיבות בגינן לא מולאה חובת הרישום במוסד או לא שולמו דמי ביטוח? ما هي الأسباب التي منعتك من واجب التسجيل في مؤسسة التأمين الوطني أو دفع رسوم التأمين الوطني?					

פרטי בן הזוג
تفاصيل الزوج/ة

2

<p>שם משפחה اسم العائلة</p>	<p>שם פרטי الاسم الشخصي</p>	<p>מספר זהות رقم الهوية ס"ב</p>	<p>תאריך לידה تاريخ الميلاد</p> <p>שנה / חודש / יום سنة / شهر / يوم</p>
---------------------------------	---------------------------------	---	---

פרטי המנוח (למקרה של שאירים או תלויים)
تفاصيل المتوفي (في حال وجود أيتام أو معالين)

3

<p>שם משפחה اسم العائلة</p>	<p>שם פרטי الاسم الشخصي</p>	<p>מספר זהות رقم الهوية ס"ב</p>
---------------------------------	---------------------------------	---

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד
 كتبت هذه الإستمارة بصيغة المذكر لكنّها موجهة للنساء والرجال على حدّ سواء

פרטי ילדים עד גיל 22
تفاصيل الأولاد دون سن ال 24

4

למוסד לביטוח לאומי מידע על ילדיך עד גיל 18 הרשומים במשרד הפנים ולכן איננו מבקשים פרטים עליהם
 لا نطلب منك تفاصيل عن الأولاد دون سن 18, كل المعلومات متاحة لمؤسسة التأمين الوطني عن طريق وزارة الداخلية

האם יש לך ילדים עד גיל 22? כן לא
 هل يوجد لديك أولاد دون سن 24? نعم كلا

נא מלא בטבלה הבאה את פרטי הילדים מגיל 18 עד גיל 22:
 الرجاء تعبئة تفاصيل الأولاد ما بين سن ال 18-24 في القائمة التالية:

הילד גר איתי (כן/לא) الولد يسكن معي (نعم/كلا)	בעבור ילד מעל גיל 18: האם לומד/ בשירות*/ אחר هل الولد فوق سن 18: يتعلم/خدمة اجبارية*/آخر	תאריך לידה تاريخ الميلاد	שם הילד اسم الولد		מספר זהות رقم الهوية
			שם פרטי الاسم الشخصي	שם משפחה اسم العائلة	
		<p>שנה / חודש / יום سنة / شهر / يوم</p>			<p>ס"ב</p>
		<p>שנה / חודש / יום سنة / شهر / يوم</p>			<p>ס"ב</p>
		<p>שנה / חודש / יום سنة / شهر / يوم</p>			<p>ס"ב</p>

פרטים על ילדים נוספים רשום בדף נפרד
 الرجاء تسجيل تفاصيل بقية الأولاد على ورقة إضافية

* שירות בצה"ל / קד"צ / עתודה / שירות לאומי / שירות בהתנדבות

יש לצרף אישורים רק אם לומד, בהתנדבות בשירות לאומי, עתודה או קד"צ
 يجب ارفاق اثباتات عن التعليم فقط, عن التطوع في الخدمة الوطنية, التعليمي أو النظامي (قبل الجيش)

5

פרטים על מקורות הקיום במחצית השנה שקדמה לחודש הגשת הבקשה להענקה *

تفاصيل عن مصادر المعيشة في نصف السنة التي سبقت موعد تقديم طلب الهبة*

הכנסת בן הזוג مدخولات الزوج/ة		הכנסות מבקש ההענקה مدخولات مقدم الطلب			סמן X أشرب X		מקור הכנסה مصدر الدخل	
סכום הכנסה חודשי מبلغ الدخل الشهري	עד תאריך حتى تاريخ	מתאריך من تاريخ	סכום הכנסה חודשי מبلغ الدخل الشهري	עד תאריך حتى تاريخ	מתאריך من تاريخ	יש يوجد		אין لا يوجد
								1. עבודה כשכיר: שם מקום העבודה أعمل كأجير: اسم مكان العمل
								2. עבודה כעצמאי أعمل كمستقل
								3. תמיכת מוסד ציבורי או לשכת הסעד دعم من مؤسسة عامة أو مكتب الرفاه
								4. פנסיה, גמלה או רנטה تقاعد, مخصصات أو مخصصات من خارج البلاد
								5. הכנסות אחרות (פרט): دخل آخر (فصل):
								הכנסות אחרות (פרט): دخل آخر (فصل):
								6. הכנסות מכל המקורות دخل مجمل المصادر

* **נא לצרף אישורים מתאימים**
الرجاء إرفاق الإثباتات المناسبة

6

מקור הכנסה נוכחי

مصدر الدخل الحالي

- אני ממשיך לעבוד במקום _____ מקצוע _____
והכנסתי החודשית היא _____ ש"ח לחודש.
ما زلت أعمل في _____ المهنة
ودخلي الشهري هو _____ ش.ج
- הפסקתי את עבודתי לחלוטין ביום _____ ואינני עובד בשום עבודה אחרת.
توقفت عن العمل تماما في تاريخ _____ ولا أعمل في أي وظيفة أخرى.

פרטי חשבון הבנק של מבקש העניקה
تفاصيل حساب بنك مقدم الطلب

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:
 أطلب تحويل أي دفعة قد استحقها عن هذا الطلب لحسابي الخاص المسجلة تفاصيله أدناه:

שמות בעלי החשבון
 اسماء أصحاب الحساب

שם הבנק اسم البنك	שם הסניף / כתובתו اسم الفرع/عنوانه	מס' סניף رقم الفرع	מספר חשבון رقم الحساب

לחבר/ת קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: לחשבון הקיבוץ / המושב לחשבוני הפרטי
 لعضو كيبوتس أو قرية تعاونية: أطلب تحويل الدفعة: لحساب الكيبوتس / القرية لحسابي الخاص

אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____
 מתחייב להשתמש בכספי המענק שיופקו לחשבון, עבור מקבל המענק.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.

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

أنا شريك في حساب البنك التابع لحامل بطاقة هوية رقم _____ الاسم _____ ألتزم باستخدام مبلغ المخصصات الذي سيحول إلى الحساب، لمصلحة متلقي المخصصات.

ألتزم بإبلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أي تغيير قد يطرأ على هوية الشركاء في حساب البنك و/أو المفوضين في الحساب، والحصول على توقيعهم على استمارة تحديث الحساب. أوافق بأن يقوم البنك من حين إلى آخر بتزويد مؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، بتفاصيل الشركاء والمفوضين، وذلك خلال فترة الاستحقاق أو بعدها.

أوافق أن يقوم البنك بإعادة الأموال المودعة في حسابي لمؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، وذلك في حال قامت المؤسسة بتحويل مبلغ ما إلى حسابي بالخطأ أو بشكل غير قانوني، سواء كان كاملاً أو جزئياً. كما ويجوز للبنك تزويد المؤسسة بتفاصيل الأشخاص الذين قاموا بسحب الأموال.

✕

✕

חתימת / חתימות השותפים לחשבון
 توقيع الشركاء في حساب البنك

חתימת מקבל המלגה
 توقيع مقدم الطلب

תאריך
 تاريخ

הצהרה

تصريح

אני החתום מטה תובע העניקה מטעמי צדק ומצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן מענק לפי חוק זה או להגדלתו, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי למענק או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

أنا الموقع أدناه أصرح بهذا أنّ جميع التفاصيل التي قدمت ضمن هذا الطلب وملاحقه صحيحة وكاملة.

أعلم أنّ تزويد تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات تعتبر مخالفة للقانون, وأنّ الشخص الذي يقوم, بالعلم أو الاحتيال, للمصادقة على دفع المخصّصات وفق هذا القانون, أو زيادتها عن طريق إخفاء تفاصيل ذات أهمية, سيعاقب بدفع غرامة أو بالسجن.

أعلم أنّ أيّ تغيير في أحد تفاصيل هذا الطلب أو ملاحقه قد يؤثر على استحقاقي للمخصّصات أو على تراكم دين, لهذا ألتزم بالتبليغ عن أيّ تغيير خلال 30 يوم.

كما وألتزم بإبلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أيسفر إلى خارج البلاد لفترة تتعدى ثلاثة أشهر.

✕

חתימת התובע
 توقيع مقدم الطلب

תאריך
 تاريخ