



תביעה לדמי מחייה בעד יתום הזכאי לקצבת תלויים בנפגעי עבודה طلب مخصصات معيشة لليتيم الذي يستحق مخصصات معالين من قبل مصابي العمل

חובה לצרף לטופס זה

عليك إرفاق ما يلي

- ✎ אישור מבית הספר בו לומד הילד, בו תצוין הכיתה בה הוא לומד ומספר שעות הלימוד. יש לצרף אישור מחודש ספטמבר של שנת הלימודים הנוכחית.
- ✎ تصريح من المدرسة التي يدرس فيها الولد, يسجل فيه الصف الذي يتعلم به وعدد ساعات التعليم. يجب إرفاق تصريح عن شهر أيلول للعام الدراسي الحالي.
- ✎ אישורים על הכנסות מכל המקורות מעודכנים לחודש ספטמבר של אותה שנת הלימודים. איתבאת חדיתה ען הדחל מן גמיע המصادر ען شهر أيلول للعام الدراسي الحالي.
- ✎ במידה שהילד מוחזק על ידי גוף ציבורי, יש להמציא אישור מהגוף המחזיק בילד בו יפורט סכום ההחזקה החודשית ועבור מה היא ניתנת.
- ✎ إذا كان الولد برعاية هيئة عامة, يجب إرفاق تصريح من هذه الهيئة يشمل مبلغ الرعاية الشهري وما هو مقابل الدفع (الخدمات التي توفرها للولد).

לידיעתך

- ✎ על פי חוק, לא תשולם הקצבה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה. ופقا للقانون, لا تُدفع المخصصات لمدة تزيد عن 12 شهرا (بأثر رجعي) من يوم تقديم الطلب.

כיצד יש להגיש את התביעה

كيفية تقديم الطلب

- ✎ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן: تستطيع تقديم الطلب مع الاثباتات اللازمة في احدى الطرق التالية:

- למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
- تعبئة الطلب في موقع التأمين الوطني www.btl.gov.il وإرساله عبر الانترنت مع المستندات الإضافية لفرع التأمين الوطني التابع لمكان سكنك.
- למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
- تعبئة الطلب خطياً ونسخه ضوئياً مع المستندات الإضافية ومن ثم إرساله بواسطة موقع الانترنت/إرسال مستندات.
- לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- إرساله بواسطة البريد، فاكس أو صندوق الخدمة المتواجد في الفرع الموجود في مكان سكنك.
- ✎ לשאלות ולברורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.
- ✎ للأسئلة والاستفسار عليك التوجه لهاتف رقم 6050* أو 04-8812345، أو الاستعانة بموقع الانترنت www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

التوقيع على نموذج الطلب إلزامي

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



המוסד לביטוח לאומי
 מינהל הגמלאות
 נכות מעבודה
مؤسسة التأمين الوطني
 ادارة المخصصات
 عجز من العمل

חותמת קבלה

לשימוש
 פנימי
 בלבד
 (סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך

דפים

**תביעה לדמי מחיה בעד יתום
 הזכאי לקצבת תלויים בנפגעי
 עבודה בשנת הלימודים**

**طلب مخصصات معيشة لليتيم الذي
 يستحق مخصصات معالين من قبل
 مصابي العمل للعام الدراسي**

מס' זהות של המנוח:

رقم هوية المتوفي:

**פרטי הילדים הלומדים בבית ספר תיכון או נמצאים בהכשרה מקצועית
 تفاصيل الأولاد الذين يتعلمون في مدرسة ثانوية أو في تأهيل مهني**

1

ילד שלישי الولد الثالث	ילד שני الولد الثاني	ילד ראשון الولد الأول	
			שם הילד اسم الولد
ס"ב	ס"ב	ס"ב	מספר הזהות رقم الهوية
שנה חודש יום	שנה חודש יום	שנה חודש יום	תאריך הלידה تاريخ الميلاد
			שם המוסד החינוכי اسم المؤسسة التعليمية
			מספר שעות הלימוד בשבוע عدد ساعات التعليم الأسبوعية
			אם אינו גר בבית התובע, פרט היכן גר וע"י מי מוחזק إذا لم يكن يسكن في بيت مقدم الطلب, فضّل أين يسكن ومن يراه
			הכנסות הילד מנכסים دخل الولد من ممتلكات
			הכנסות הילד מפנסיה دخل الولد من مخصصات تقاعد

פרטי תובע הגמלה

תفاصيل مقدم الطلب

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מס. ת.ז. رقم الهوية	מין: الجنس:
		[] זכר ذكر	[] נקבה أنثى

מצב משפחתי: רווק אלמן נשוי גרוש ידוע בציבור ידוע בציבור
 الحالة الاجتماعية: أعزب أرمل متزوج مطلق معروف لدى الجمهور

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	דואר אלקטרוני بريد الكتروني
[]	[]	[] @

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:
 إذا لم يكن الهاتف او البريد الإلكتروني لك – الرجاء تكملة التفاصيل التالية للشخص الذي سيتم التواصل معه:

שם משפחה איש קשר اسم العائلة	שם פרטי איש קשר الاسم الشخصي	מס' זהות איש קשר رقم الهوية
		[]

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. אرفض استلام الرسائل التي تشمل معلومات شخصية عبر القنوات المباشرة (الديجيتال) (رسائل نصية – SMS, البريد الالكتروني) بدلا من البريد العادي. يرجى الملاحظة أنه إذا لم تُشير لعلامة "أنا أرفض"، سيتم إرسال رسائل التأمين الوطني إلى القنوات المباشرة وفقا للمعلومات التي قدمتها.

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 الشقة	יישוב البلدة	מיקוד رقم المنطقة

פרטי הכנסות
תفاصيل الدخل

הכנסה חודשית של ההורה
الدخل الشهري للوالدة

שים לב: יש לסמן גם אם אין הכנסות.
انتبه: يجب أن تشير حتى وإن لم يكن هناك دخل

מקור המסד	הכנסות ההורה دخل الوالدة		סכום הכנסות לחודש مبلغ الدخل الشهري
	יש הכנסות يوجد دخل	אין הכנסות لا يوجد دخل	
עבודה שכירה عمل أجير	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
עבודה עצמאית عمل مستقل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
פנסיה מעבודה تقاعد من العمل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
רנטה מחו"ל مخصصات من خارج البلاد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
תגמולים فوائد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
שכר דירה تأجير بيت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
אחר, פרט آخر, فصل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

הצהרה
تصريح

אני החתום מטה מצהיר 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 בידועין 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 בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי 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 יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי 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.

אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

אנא המועד אדנא אصرّح بهذا أنّ جميع التفاصيل التي قدّمت 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 المخصصات 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 للمخصصات أو على تراكم دين، لهذا ألتزم بالتبليغ عن أي تغيير خلال 30 يوم.

כמו ואלתזמ באיلاغ מוססה התאמין الوطني عن أي سفر إلى خارج البلاد لفترة تتعدى ثلاثة أشهر. أوافق أن يقوم البنك بإعادة الأموال المودعة في حسابي لموسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، وذلك في حال قامت الموسسة بتحويل مبلغ ما إلى حسابي بالخطأ أو بشكل غير قانوني، سواء كان كاملاً أو جزئياً. كما ويجوز للبنك تزويد الموسسة بتفاصيل الأشخاص الذين قاموا بسحب الأموال.

אעלמ באננה יגבב אבلاغ מוססה התאמין الوطني عن أي تغيير قد يحدث في تفاصيل الاتصال لدي. في حال عدم تحديث تفاصيل الاتصال فسيتم إرسال المعلومات عبر القنوات التي سجلتها في هذا النموذج.

أوافق بهذا على نقل المعلومات الخاصة بي إلى المؤسسات التي تقدّم الامتيازات, اذا كنت مؤهلاً للحصول على هذه الامتيازات.

חתימת התובע
توقيع مقدم الطلب

תאריך
تاريخ