



תביעה לתשלום *קצבה מיוחדת ליולדת נכה שאין איתה בן זוג طلب لدفع *مخصصات خاصة لإمرأة ذات احتياجات خاصة قد ولدت طفل ولا يوجد لديها زوج

חובה לצרף לטופס זה يجب ارفاق ما يلي

אישור מרופא מטפל המאשר שנבצר ממך לטפל בילד בשל נכותך.
موافقة من الطبيب تشير الى عدم قدرتك على رعاية المولود بسبب عجزك.

לידיעתך لعلمك

- תביעה זו מיועדת ליולדת נכה שאין עמה בן זוג, ונקבעה לה דרגת נכות בשיעור 100% אי כושר השתכרות.
خُصص هذا الطلب لامرأة ذات احتياجات خاصة قد ولدت طفل, لا يوجد لديها زوج وحَدّدت لها نسبة عجز 100% لعدم القدرة على العمل.
- על פי חוק, יש להגיש את התביעה תוך שנה מיום הלידה.
وفقًا للقانون, يجب تقديم الطلب خلال سنة من موعد الولادة.
- ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, יישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.
يمكنك استلام المكاتيب بواسطة البريد الالكتروني بدلا من البريد. لذا, عليك تعبئة تفاصيل البريد الالكتروني في الطلب. سيرسل اليك بريد الكتروني لمشاهدة المکتوب بشكل آمن في موقع الانترنت الشخصي للتأمين الوطني بدلا من البريد.

כיצד יש להגיש את התביעה كيفية تقديم الطلب

את טופס התביעה בצירוף המסמכים הנלווים ניתן:
تستطيع تقديم الطلب مع الإثباتات اللازمة في إحدى الطرق التالية:

- 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/ارسال 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 ולבירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il
للسئلة 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
مؤسسة التأمين الوطني
مديرية المخصصات

**תביעה לתשלום קצבה מיוחדת
ליולדת נכה שאין איתה בן זוג**

طلب لدفع مخصصات خاصة لامرأة
ذات احتياجات خاصة قد ولدت طفل
ولا يوجد لديها زوج

<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> <p>מס' זהות / דרכון</p>																				לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
0	1	סוג המסמך	דפים																	

חותמת קבלה

1 פרטי התובעת
تفاصيل مقدمة الطلب

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	תאריך לידה تاريخ الميلاد	ארץ מוצא بلد المنشأ	מספר זהות رقم الهوية ס"ב
מצב משפחתי الحالة الاجتماعية	<input type="checkbox"/> רווקה عزباء	<input type="checkbox"/> נשואה متزوجة	<input type="checkbox"/> אלמנה أرملة	<input type="checkbox"/> ידועה בציבור معروفة لدى الجمهور

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשורת
العنوان (المسجل في وزارة الداخلية) وتفاصيل الإتصال

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: البريد الالكتروني:			

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:
إذا لم يكن الهاتف أو 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. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי ישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. ארצות אסטלאם 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 اعلاه)

רחוב / תא דואר شارع / صندوق بريد	מס' בית رقم المنزل	כניסה المدخل	דירה الشقة	יישוב البلدة	מיקוד رقم المنطقة
-------------------------------------	-----------------------	-----------------	---------------	-----------------	----------------------

2

פרטי הילדים שנולדו בלידה האחרונה
تفاصيل الأطفال التي أنجبها في الولادة الأخيرة

שם בית החולים اسم المستشفى		תאריך הלידה تاريخ الميلاد	
פרטי הילדים تفاصيل الأولاد			
שם הילד: اسم الولد:	ת.ז.ת: رقم الهوية:	שם הילד: اسم الولد:	ת.ז.ת: رقم الهوية:

3

פרטי חשבון הבנק של התובעת
تفاصيل حساب بنك مقدمة الطلب

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

סוג חשבון نوع الحساب		שמות בעלי החשבון اسماء أصحاب الحساب	
<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוץ			
מספר חשבון رقم الحساب	מס' סניף رقم الفرع	שם הסניף / כתובתו اسم الفرع / عنوانه	שם הבנק اسم البنك

אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון.

אני מסכימה שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.

אני מסכימה 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 פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכימה כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

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.

أوافق بأن تتوجه المؤسسة للبنك المذكور أعلاه، بواسطة الاتصالات المحوسبة، لغرض التحقق من ملكيتي لحساب البنك أعلاه وتزويدها بالمعلومات الضرورية لهذا الغرض. وبدلاً من ذلك، معلوماً لدي بأن المؤسسة تستطيع طلب مستندات وإثباتات إضافية من أجل التحقق من تفاصيل حساب البنك المصرح عنه أعلاه ويجب علي إرفاقها حسب الطلب.

תאריך _____ שם השותפים ות.ז.ת _____ חתימה* _____
تاريخ _____ اسماء الشركاء وارقام الهوية _____ التوقيع _____

הצהרת התובעת
تصريح مقدمة الطلب

4

אני החתומה מטה מצהירה בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים וכי אין עמי בן זוג.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה 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 בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

أنا الموقعة أدناه أصرح بهذا أن جميع التفاصيل التي قدمت ضمن هذا الطلب وملاحقه صحيحة وكاملة.

أعلم أن تزويد تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات تعتبر مخالفة للقانون, وأن 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 أن أي 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.

תאריך
تاريخ

חתימת התובעת *
توقيع مقدمة الطلب