



הורים שכולים – תביעה לתוספת מחוסר הכנסה והצהרה על הכנסות والدان تكلّي – طلب لإضافة لمن ليس لديه دخل وتصريح عن المدخولات

לידיעתך –

لعلمك –

- ✍ התוספת משולמת להורה בודד או לזוג הורים שכולים שאין להם הכנסה מכל מקור שהוא. תדفع الإضافة لوالد وحيد أو زوج والدين تكلّي الذين ليس لديهم دخل من أي مصدر.
- ✍ כל הכנסה נחשבת כהכנסה לעניין הזכאות לתוספת, למעט קצבאות והכנסות המפורטות בסעיף 3. يعتبر أي دخل دخلاً لغرض استحقاق الإضافة، باستثناء المخصصات والمدخولات المفصلة في بند 3.
- ✍ על מנת שנוכל לבדוק את זכאותכם לתוספת זו, נודה לכם על מילוי הטופס הזה בצירוף תדפיס חשבון עו"ש רבעוני ואישור מהבנק על הפקדות או חסכונות. حتى تتمكن من فحص استحقاقك لهذه الإضافة، نطلب منكم ملء هذه الاستمارة ورفاق نسخة مطبوعة من الحساب الجاري ربع السنوي وتصديق من البنك بشأن الودائع أو المدخرات.
- ✍ אם משולמת לכם התוספת למחוסר הכנסה, אתם נדרשים למלא הצהרה מעודכנת לשנה הנוכחית ולהחזירה תוך 30 יום. إذا كانت تدفع لك إضافة لمن ليس لديه دخل، يطلب منكم تعبئة تصريح محدث للسنة الحالية وإعادته في غضون 30 يومًا.

כיצד יש להגיש את התביעה

كيفية تقديم الطلب

- ✍ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן: يمكن تقديم الطلب مع المستندات الإضافية كالتالي:
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים, או באמצעות מייל
 - אמלأها يدويًا، وامسحها ضوئيًا مع المستندات الإضافية، وأرسلها عبر موقع الانترنت/إرسال المستندات، أو عبر البريد الإلكتروني
 - לשלוח בדואר לכתובת:
 - המוסד לביטוח לאומי,
 - אגף נפגעי פעולות איבה – משרד ראשי
 - שד' ויצמן 13 ירושלים, מיקוד 9543707,
 - ارسال عبر البريد إلى العنوان:
 - مؤسسة التأمين الوطني،
 - قسم متضرري الأعمال العدائية - المكتب الرئيسي
 - جادة فايتسمان 13 القدس رمز بريدي 9543707
 - לשלוח לפקס מס' 5382417 - 02
 - ارسال على فاكس رقم 5382417 - 02
- להניח בתיבת השירות של הסניף הקרוב למקום מגוריכם.
- وضع في صندوق خدمة الفرع الأقرب لمحل إقامتكم.

לשאלות וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט.
www.btl.gov.il
للأسئلة والاستفسارات يمكن التوجه على هاتف رقم *6050 أو عبر موقع الانترنت www.btl.gov.il.

לתשומת ליבך – עליך למלא את כל הסעיפים בטופס
يلفت انتباهكم – يجب ملء جميع بنود الاستمارة

חובה לחתום על הטופס
التوقيع على الاستمارة الزامي

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

| | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| לשימוש פנימי בלבד (סריקה) | |
| מס' זהות / דרכון ס"ב הרמסמך דפים | מס' זהות / דרכון ס"ב הרמסמך דפים |

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
 מינהל הגמלאות
 נפגעי פעולות איבה
مؤسسة التأمين الوطني
 إدارة المخصصات
 متضرري الأعمال العدائية



הורים שכולים
הצהרה בדבר הכנסות לצורך
קבלת תוספת מחוסר הכנסה

والدان تكلّي
 طلب لإضافة لمن ليس لديه دخل
 وتصريح عن المدخولات

פרטים אישיים
تفاصيل شخصية

1

| | | | | | |
|-------------------------|-----------|-------------------------|------|--|-----------|
| שם משפחה اسم العائلة | | שם פרטי الاسم الشخصي | | מספר זהות رقم بطاقة الهوية ס"ב הרמסמך האזרחי | |
| שם משפחה اسم العائلة | | שם פרטי الاسم الشخصي | | מספר זהות رقم بطاقة الهوية ס"ב הרמסמך האזרחי | |
| כתובת | | | | | |
| العنوان | | | | | |
| רחוב / תא דואר | מס' בית | כניסה | דירה | יישוב | מיקוד |
| شارع / صندوق بريد | رقم البيت | مدخل | شقة | بلدة | رمز بريدي |
| | | | | | |

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד
 كتبت هذه الاستمارة بصيغة المذكر لكنها موجهة للنساء والرجال على حد سواء

**הצהרה על הכנסות או רווחים (יש לצרף אישורים ומסמכים מתאימים משלושת החודשים האחרונים).
 تصريح حول مدخولات أو أرباح (يجب ارفاق تصديقات ومستندات ملائمة مقابل الأشهر الثلاثة الأخيرة).**

| מקור הכנסה מصدر الدخل | | סכום הכנסה חודשי בש"ח מبلغ الدخل الشهري بالشواقل |
|--|--|---|
| אב (או בן/בת זוג האם) أب (أو زوجة/الأم) | אם (או בן/בת זוג האב) أم (أو زوجة/الأب) | |
| | | 1. הכנסה משכר ואו מעסק (לצרף תלושי שכר ושומה). دخل من أجر و/أو مصلحة تجارية (ارفق قسائم الراتب والضريبة) |
| | | 2. פנסיה מהארץ או מחו"ל تقاعد من البلاد أو خارج البلاد |
| | | 3. פיצויים/תשלומים מחברת הביטוח تعويضات/مدفوعات من شركة التأمين |
| | | 4. רנטה מחו"ל رنتا من خارج البلاد |
| | | 5. גמלה מהאוצר مخصصات من وزارة المالية |
| | | 6. גמלה ממשרד הביטחון مخصصات من وزارة الدفاع |
| | | 7. גמלה משירות קבע בצה"ל مخصصات خدمة ثابتة في جيش الدفاع الاسرائيلي |
| | | 8. קיצבה מגורם אחר. مخصصات من جهة أخرى. פרט: _____ فصل: _____ |
| | | 9. מזונות نفقة |
| | | 10. הכנסה מריבית או ניירות ערך או תשלום מחסכון וקופת גמל دخل من فائدة أو أوراق مالية أو دفعة من توفير وصندوق ادخار |
| | | 11. הכנסה משכר דירה, מבנה, מגרש, משק دخل من ايجار شقة, مبنى, قسيمة, مزرعة |
| | | 12. הכנסה מרכב מושכר (כולל מונית) دخل من مركبة مؤجرة (يشمل سيارة أجرة) |
| | | 13. הכנסה המופקדת מחוץ לישראל או הכנסה מכח הסכם או הסדר אחר دخل الذي تم ايداعه خارج إسرائيل أو دخل بموجب اتفاقية او ترتيب آخر |

הצהרה על הכנסות או רווחים – המשך
تصريح حول مدخولات أو أرباح – تكملة

| מקור הכנסה מصدر الدخل | | סכום הכנסה חודשי בש"ח מبلغ الدخل الشهري بالشواقل |
|---|---|---|
| אב (או בן/בת זוג האם) أب (أو زوجة/الأم) | אם (או בן/בת זוג האב) أم (أو زوج/الأب) | |
| 14. הכנסה מכל מקור אחר. פרט: _____ دخل من مصدر آخر. فصل: | | |

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר. אם אתה מתנגד לכך, עלייך לסמן את ההצהרה הבאה:

אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי. لعلمك، لغرض معالجة الطلب سوف نتوجه إلى صاحب عملك حسب الحاجة، للحصول على بيانات دخلك من راتب. إذا كنت تعترض على ذلك، عليك الإشارة إلى التصريح التالي:

אرفض السماح للتأمين الوطني بالتوجه إلى أصحاب عملي للحصول على تقرير رقمي (محوשב) لمدخولاتي. أعلم أنه بسبب رفضي، سيتعين علي تقديم اثباتات وقسائم راتب لغرض فحص استحقاقي.

הכנסות בהן ניתן להגיש בקשה לתוספת מחוסר הכנסה

3

מדخولات التي تمكن من تقديم طلب لإضافة لمن ليس له دخل

יובהר כי ניתן להגיש בקשה לבחינת קבלת תוספת מחוסר הכנסה גם אם ברשותך:
يوضح أنه يمكن تقديم طلب للنظر في الحصول على إضافة لمن ليس له دخل حتى لو كان يتلقى:

- 👉 קצבת אזרח ותיק או שארים
مخصصات كبير في السن أو معالين
- 👉 קצבת נכות כללית בסיסית ללא תוספת מביטוח לאומי
مخصصات عجز عام أساسية بدون إضافة من التأمين الوطني
- 👉 קצבת ילדים מביטוח לאומי
مخصصات أولاد من التأمين الوطني
- 👉 קצבה המהווה פיצוי על נזקי בריאות שנגרמו מחמת רדיפת הנאצים
مخصصات التي تشكل تعويض عن أضرار صحية الناجمة عن اضطهاد النازيين
- 👉 תגמול לפי גובה דרגת נכות המוענק בהתאם לחוק הנכים
مخصصات حسب درجة الإعاقة الممنوحة وفق قانون المعاقين
- 👉 הכנסה מכל מקור בסכום שאינו עולה על 600 ₪ להורה בודד ו- 700 ₪ לזוג הורים
دخل من أي مصدر بمبلغ لا يتجاوز 600 ₪ لوالد واحد و 700 ₪ للوالدين

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 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 מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים. 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 אصرח 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 يؤدي، بالعلم أو الاحتيال، إلى مصادقة على دفع مخصصات 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.

כזכך אלתרם בבילאג מוסססה התאמין הוطني عن أي سفر إلى خارج البلاد لفترة تتعدى 3 أشهر.

أعلم بأنه يجب إبلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أي تغيير قد يطرأ في تفاصيل اتصالي.

في حال عدم تحديث تفاصيل الاتصال فسيتم إرسال المعلومات عبر القنوات التي سجلتها في هذه الاستمارة.

أوافق بهذا على تحويل المعلومات الخاصة بي إلى المؤسسات التي تقدم مزايا، إذا كنت مستحقاً للمزية.

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| _____ | שם | _____ | תאריך |
| _____ | الاسم | _____ | تاريخ |
| _____ | שם | _____ | תאריך |
| _____ | الاسم | _____ | تاريخ |

חתימת ההורה *

توقيع الوالد

חתימת ההורה *

توقيع الوالد