



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נפגעי פעולות איבה
مؤسسة التأمين الوطني
مديرية المخصصات
ضحايا الأعمال العائلية

חותמת קבלה

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>מס' זהות</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table> </div> <div> <p>סוג המסמך</p> <p>0</p> </div> </div> </div>											<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>

הצהרה לצורך קבלת תגמול רפואי לעובד עצמאי
تصريح من أجل تلقي تعويض طبي للعامل المستقل

1 פרטי המצהיר
تفاصيل المصرح

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

2 הצהרה
تصريح

הנני מצהירה בזאת כי:
أصريح بهذا أنني:

1. הנני מבקש תגמולים על ביטול ימי עבודה עקב הזדקקותי לטיפול רפואי:
מתאריך _____ עד תאריך _____ (סה"כ _____ ימים)
לפי אישור הרופא המוסמך המצ"ב לתביעה.
أطلب تعويضات عن أيام العمل التي ألغيت بسبب حاجتي لعلاج طبي:
من تاريخ _____ حتى تاريخ _____ (المجموع _____ أيام)
حسب التقرير الطبي المرفق مع الطلب.

2. עבודתי הרגילה הינה בתעסוקה עצמית כמפורט להלן:

שם העסק _____ עיסוק _____

כתובת העסק _____

מספר עובדים _____ הנני עצמאי מתאריך _____

عملي المعتاد هو عمل شخصي كما هو مفصل أدناه:
اسم مكان العمل _____ المهنة _____
عنوان مكان العمل _____
عدد العمال _____ أصريح بأني مستقل من تاريخ _____

3. בתקופת ביטול ימי עבודה שצוינו לעיל לא עבדתי בעסקי או בכל עיסוק אחר.
 למ אعمل في مكان عملي خلال أيام العمل الملغية المذكورة أعلاه أو في أي عمل آخر.

בתקופה שצוינה לעיל הובטלתי יום ביטול חלקי של _____ שעות. (מתייחס לזכאי המובטל יום ביטול חלקי).
 في الفترة المذكورة أعلاه لم أعمل في أحد الأيام بشكل جزئي لمدة _____ ساعات. (يُقصد بالشخص المستحق مقابل يوم عمل ملغي جزئيًا).

4. סכום הכנסתי הרגילה לשנת המס הקודמת הייתה _____ ש"ח עפ"י הצהרתי לשלטונות מס הכנסה לשנת
 השומה הקודמת. מצ"ב שומה משלטונות מס הכנסה.
 مبلغ الدخل العادي للسنة الضريبية السابقة هو _____ ش.ج وفقاً لتصريحي لسلطات ضريبة الدخل للسنة الماضية. مرفق التخمين
 من ضريبة الدخل.

5. ידוע לי שבמידה ושיעור הכנסתי לשנת השומה הנוכחית יהיו פחותים מהנקובים בסעיף 4 לעיל, אהיה זכאי להגיש
 בקשה להשלמת התשלום ששולם לי על פי תקנות טיפול רפואי, אם אמציא שומה המאשרת זאת מאת שלטונות מס
 הכנסה ולאחר בדיקה נוספת.

אם שיעור הכנסתי לשנת השומה הנוכחית יהיו גדולים מהנקובים בסעיף 4 לעיל, ינוכה מתגמולי הסכום העודף
 שקיבלתי לפי תקנות טיפול רפואי.
 أدرك بأنه إذا كان معدّل الدخل لسنة الضريبة الحالية أقل من الدخل المسجّل في البند 4 أعلاه، يحق لي تقديم طلب لإستكمال المبلغ المدفوع
 لي بموجب قوانين العلاج الطبي إذا قَدّمت تقييمًا يؤكد ذلك من سلطات ضريبة الدخل وبعد إجراء فحص إضافي.
 إذا كان معدّل الدخل لسنة الضريبة الحالية أكبر من الدخل المسجّل في البند 4 أعلاه سيتم خصم المبلغ الفائض من تعويضي بموجب قوانين
 العلاج الطبي.

6. איני מקבל קצבה מכל מקור אחר.
 لا أتلقى أي مخصّصات من أي مصدر آخر.

אני מקבל קצבה או הכנסה ממקור אחר, פרט _____
 أتلقى مخصّصات أو دخل من مصدر آخر، فصّل

7. תצהיר זה ניתן בתמיכה לבקשתי לקבלת תגמול לפי תקנות טיפול רפואי על ביטול ימי עבודה.
 قُدّم هذا التصريح دعمًا لطلبي للحصول على تعويض بموجب قوانين العلاج الطبي مقابل إلغاء أيام العمل.

תאריך _____ חתימת המצהיר * _____
 تاريخ توقيع المصرّح

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