



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית
مؤسسة التأمين الوطني
إدارة المخصصات
قسم العجز التام

סניף _____
فرع _____

**בקשה לתשלום תוספת תלויים לידי בן/בת זוג
طلب لدفع إضافة مُعالين للزوج \ ة**

אבקש לשלם לי במישרין את תוספת התלויים עבור בן/בת הזוג /או ילדים שבגימלת הנכה הר"מ, ולפי הפירוט להלן:
اطلب أن تُدفع لي إضافة المُعالين عن الزوجة و/أو الأولاد التي تشملها مخصصات المُعاق المسجل أدناه, وحسب التفصيل التالي:

1. פרטי הנכה:
تفاصيل المُعاق

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية סי' ברקם אצפאי

2. מגורים עם הנכה: כן לא, מען המגורים:
السكن مع المُعاق نعم لا, عنوان السكن:

רחוב شارع	מספר בית رقم البيت	כניסה المدخل	דירה الشقة	יישוב البلدة	מיקוד منطقة رقم

3. מספר טלפון (של בן/בת הזוג) _____ נייד _____ פקס _____
رقم هاتف الزوج/ة خليوي فاكس

4. הילדים הנייל (_____)
الأولاد التالية أسمائهم
(נמצאים בהחזקתי ופרנסתם עלי.)
موجودون بحوزتي وأنا أعيلهم

שמותיהם
أسمائهم

5. תשלום מזונות: משולמים לי מזונות באמצעות המוסד לא כן, עבור בן/בת הזוג עבור ילדים
دفع نفقة: تُدفع لي النفقة عن طريق المؤسسة لا نعم, عن الزوج/ة عن الأولاد

6. הכנסתי מעבודה: אין יש, ההכנסה החודשית (ברוטו) _____ ש"ח (צרך תלושי שכר)
الدخل من العمل لا يوجد عندي دخل شهري (قبل الخصم الضريبي) شاقل (أرفق قسائم راتب)

מקום העבודה: _____
مكان العمل
שם המוסד / המעביד / המפעל
اسم المؤسسة/المشغل/المصنع
והכתובת
وعنوانه

7. הכנסותי שלא מעבודה: אין יש, מקורות הכנסה
مدخولاتي التي ليست من العمل لا يوجد يوجد دخل من مصادر أخرى

הסכם הכולל לחודש: _____ ש"ח
المجموع الكلي للشهر شاقل

8. פרטי הבנק להעברת תשלום התוספת:
تفاصيل البنك لتحويل الدفعة الإضافية :

שם הבנק اسم البنك	שם הסניף/כתובתו اسم الفرع/عنوانه	מספר הסניף رقم الفرع	מספר החשבון رقم الحساب
----------------------	-------------------------------------	-------------------------	---------------------------

(הערה: תשלום תוספת הילדים ישירות לבן הזוג כרוכה במינוי מקבל - על המבקש למלא טופס בל/ 3295)
(מلاحظة: دفع إضافة الأولاد للزوج مباشرة مشروط بتعيين متلقي الدفعة – يجب تعبئة نموذج تأمين وطني\ 3295)

התחייבות

אני מתחייב/ת בזה להודיע למוסד לביטוח לאומי ללא דיחוי על כל שינוי שיחול במצבי המשפחתי, התעסוקתי או בהכנסותי מעבודה ושלא מעבודה.

כמו כן אני מתחייב/ת להחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו כל סכום ששילם לי בטעות או שלא כדין, ואני מסכים/ה שהבנק הנקוב לעיל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני אם המוסד יפקיד לחשבוני תשלום שהוא כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין.

التزام

ألتزم بتبليغ مؤسسة التأمين الوطني بدون تأخير عن كل تغيير يطرأ على حالتي الإجتماعية, عملي أو مدخولاتي من العمل أو ليس من العمل.

كما ألتزم بأن أعيد لمؤسسة التأمين الوطني حسب طلبها كل مبلغ دفعته لي بالخطأ أو ليس وفقاً للقانون, وأوافق أن يعيد البنك المذكور أعلاه لمؤسسة التأمين الوطني حسب طلبها, مبالغ من حسابي إن كانت المؤسسة قد أودعت في حسابي مبلغاً, كله أو قسم منه, بالخطأ أو ليس وفقاً للقانون.

חתימה
التوقيع

מספר זהות
رقم الهوية

שם משפחה ופרטי
اسم العائلة والشخصي

תאריך
التاريخ

העתק: למבקש/ת
نسخة: لمقدمة الطلب