



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
תחום ילדים
مؤسسة التأمين الوطني
ادارة المخصصات
قسم الأولاد

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך									
דפים									
מס' פניה (לא למילוי)									

בקשה לבדיקת זכאות למענק לימודים לגרושה/

طلب لفحص استحقاق لمنحة
تعليم لمطلق/ة

- התקבל במוסד לביטוח לאומי מידע ממשד הפנים המציין כי התגרשת. לידעתך: מענק הלימודים ישולם להורה שמקבל את קצבת הילדים (אלא אם התקבל מידע אחר מההורה השני על החזקת הילד/ים).
- זכאי למענק לימודים על פי חוק הביטוח הלאומי מי שעונה לאחד מהתנאים המפורטים להלן בחודשים יולי-אוגוסט של אותה שנה שבעבורה נתבע המענק, ובחזקתו ילד שמלאו לו 6 שנים וטרם מלאו לו 18 שנים.
- את טופס התביעה בצירוף המסמכים הנלווים ניתן:
- למלא דרך אתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il באמצעות כפתור תביעות מקוונות (און – ליין).
 - למסור לפקיד קבלת קהל בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.
 - לשלוח את התביעה עם המסמכים הנלווים באמצעות פקס. אין צורך להגיש מסמכי מקור, למעט פסקי דין. עם זאת, המוסד יהיה רשאי לדרוש הצגה של מסמך מקורי, אם הצילום או הפקס שהתקבל אינו ברור, או מכל סיבה אחרת לפי שיקל דעתו של פקיד התביעות.
 - לשאלות וברורים ניתן לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345
 - לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.
- تلقت مؤسسة التأمين الوطني معلومات من وزارة الداخلية تشير الى أنك مطلقة. لعلمك: أنّ منحة التعليم تدفع للوالد الذي يتلقى مخصصات الأولاد (ما لم يتم تلقي معلومات أخرى من الوالد الآخر بخصوص حضانة الولد/الأولاد).
- الاستحقاق للحصول على منحة دراسية بموجب قانون التأمين الوطني لمن يستوفي الشروط المذكورة أدناه في الأشهر حزيران – تموز من السنة التي تُطلب فيها المنحة.
- تستطيع تقديم الطلب مع الإثباتات اللازمة في إحدى الطرق التالية:
- تعبئة الطلب في موقع التأمين الوطني www.btl.gov.il بواسطة زر طلبات عبر الإنترنت (مباشر).
 - تسليمه لموظف استقبال الجمهور في فرع التأمين الوطني القريب من مكان سكنك.
 - بإمكانيك ارسال الطلب مع الإثباتات اللازمة بواسطة الفاكس. لا توجد حاجة لإرسال الاثبات الاصلية ما عدا قرارات الحكم. مع ذلك، إذا لم تكن النسخة أو الفاكس واضحا فيحق لمؤسسة التأمين الوطني أن تطلب إبراز الاثباتات الأصلية لأي سبب آخر وحسب قرار موظف المخصصات.
 - للأسئلة والاستفسار عليك التوجه لهاتف رقم *6050 أو 04-8812345.
 - يمكنك الاستعانة بموقع التأمين الوطني بالإنترنت للحصول على معلومات إضافية www.btl.gov.il.

טופס זה מנסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד
کتبت هذه الإستمارة بصيغة المذكر لكنها موجهة للنساء والرجال على حدّ سواء

פרטי ההורה שבאחזקתו הילד/ים

תفاصيل الوالد الذي معه حضانة الولد/الأولاد

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية ס"ב
-------------------------	-------------------------	--------------------------------

כתובת ופרטי תקשורת
العنوان وتفاصيل الاتصال

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. 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 (الديجتال) (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.

אני מצהיר בזאת שאני גרוש/ה מ - _____ ואין לי בן /בת זוג הידוע בציבור.
أصْرَحُ بهذا أنني مطلق من - _____ ولا يوجد معي زوج/ة معروفة/ة لدى الجمهور.

אני מצהירה בזאת שאני גרוש/ה ויש לי בן זוג הידוע בציבור מ - _____ שמו/ה
أصْرَحُ بهذا أنني مطلق/ة ويوجد لدي زوج/ة معروفة/ة لدى الجمهور من - _____
اسمه/ها

ת.ז. _____
رقم الهوية

(עלייך להסדיר את מעמדך המשפחתי בתחום הביטוח והגביה בסניף הקרוב למקום מגוריך).
(يجب عليك تسجيل الحالة الاجتماعية لدى قسم التأمين والجباية في الفرع الأقرب لمكان سكنك).

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בבקשה זו ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה 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 בבקשה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכותי לגמלה או על
יצירת חוב ועל כן, אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל יציאה מהארץ של הילד/ים לתקופה העולה על 3 חודשים.
אני מסכים, שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד לביטוח לאומי
יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי את
פרטיהם של 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.

انا الموقع أدناه اطلب مخصصات بطالة وفقا للتفاصيل التي قدمتها في هذا الطلب. أصرح بهذا أن جميع التفاصيل في هذا الطلب وملحقه
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 بأن كل تغيير في أحد التفاصيل التي قدمتها أو الملحق قد يؤثر على استحقاقي للمخصصات أو على تراكم دين. بناء على ذلك، ألتزم
بالتبليغ عن أي تغيير خلال 30 يوما.

كما وألتزم بإبلاغ مؤسسة التأمين الوطني في حالة سفر أحد الأولاد لخارج البلاد لمدة تتعدى ال 3 أشهر.
أوافق على قيام 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 كاملا أو جزئيا. كما ويجوز للبنك تزويد المؤسسة بتفاصيل الأشخاص الذين
قاموا بسحب الأموال.

أعلم بأنه يجب إبلاغ مؤسسة التأمين 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.

חתימת המבקש או מקבל הגמלה ✕ _____

توقيع المدعي أو متلقي المخصصات

תאריך _____

تاريخ _____