



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

مؤسسة التأمين الوطني  
مديرية المخصصات

עמוד 1 מתוך 1

<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin: 0 auto; display: flex; justify-content: space-between;"><div style="width: 10%;"></div><div style="width: 10%;"></div><div style="width: 10%;"></div><div style="width: 10%;"></div><div style="width: 10%;"></div><div style="width: 10%;"></div><div style="width: 10%;"></div><div style="width: 10%;"></div><div style="width: 10%;"></div><div style="width: 10%;"></div><div style="width: 10%;"></div></div> <p style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">סוג המסמך</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">דפים</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">1</div> </div>	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p>חותמת קבלה</p>
--	----------------------------------	-------------------

**בקשה להפסקה / חידוש מזונות**  
**طلب لإيقاف / تجديد النفقة**

**1 פרטי המבקשת**  
**تفاصيل مقدمة الطلب**

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

**2 106 – הפסקת תשלום מזונות**  
**106 – إيقاف دفع النفقة**

אני החתומה מטה מבקשת מהמוסד לביטוח לאומי להפסיק את תשלום דמי המזונות המשולמים לי על פי חוק המזונות (הבטחת תשלום) תשל"ב, החל מיום: \_\_\_\_\_

أنا الموقعة أدناه أطلب من مؤسسة التأمين الوطني إيقاف دفع رسوم النفقة المدفوعة لي وفقاً لقانون النفقة (ضمان الدفع) 1971, ابتداءً من تاريخ: \_\_\_\_\_

סיבת ההפסקה  
سبب إيقاف الدفع

(11)  שלום בית  הפרשים (הסכום בין גובה פסק הדין לתשלום בפועל), בגין העבר לא יגבה ע"י המוסד לביטוח לאומי. اتفاق (حياة مشتركة)  الفروقات (المبلغ ما بين قيمة قرار الحكم والدفع الفعلي), مؤسسة التأمين الوطني لا تقوم بجباية فروقات من الماضي.

(12)  גביה עצמית (תקנות)  גביה מוטלת (قوانين)

(13)  גביה עצמית (פסק דין)  גביה מוטלת (قرار حكم)

(99)  אחר \_\_\_\_\_  
أخر \_\_\_\_\_

כתובת הזוכה \_\_\_\_\_ טלפון / נייד \_\_\_\_\_

عنوان المستحقة

هاتف / خلوي

כתובת החייב \_\_\_\_\_ טלפון / נייד \_\_\_\_\_

عنوان ال

חתימת הזוכה X

תאריך

توقيع المستحقة

تاريخ

3

106 – חידוש תשלום מזונות תוך שישה חודשים וללא פסק דין

106 – تجديد دفع النفقة خلال ستة أشهر وبدون قرار حكم

אני החתומה מטה מבקשת מהמוסד לביטוח לאומי לחדש את תשלום דמי המזונות על-פי חוק המזונות (הבטחת תשלום) החל מיום: \_\_\_\_\_

أنا الموقّعة أدناه أطلب من مؤسسة التأمين الوطني تجديد دفع رسوم النفقة وفقاً لقانون النفقة (ضمان الدفع) ابتداءً من تاريخ: \_\_\_\_\_

קבלתי מן החייב תשלומים ישירים עד ליום \_\_\_\_\_

تلقّيت الدفعات من صاحب الدين مباشرةً حتى تاريخ \_\_\_\_\_

קבלתי מן החייב תשלומים באמצעות הוצל"פ עד ליום \_\_\_\_\_ (נא צרפי אישור)

تلقّيت الدفعات من صاحب الدين بواسطة دائرة الإجراء حتى تاريخ \_\_\_\_\_ (الرجاء ارفاق اثبات عن ذلك)

לא קבלתי מן החייב כל תשלום מיום ההפסקה. פרטי מקורות קיום \_\_\_\_\_

لم أتلقي أي دفعة من صاحب الدين منذ إيقاف الدفع. اذكر مصادري المعيشة \_\_\_\_\_

לא חל כל שינוי בפרטי הבקשה ופסק הדין

لم يحصل أي تغيير في تفاصيل الطلب وقرار الحكم

חל שינוי ב:  פסק הדין  מצב משפחתי  פרטי ילדים  פרטי חייב  יש למלא את הטופס המתאים

حصل تغيير في:  قرار الحكم  الحالة الاجتماعية  تفاصيل الأولاد  تفاصيل صاحب الدين  ي جب تعبئة الطلب المناسب

כתובת הזוכה \_\_\_\_\_

טלפון / נייד \_\_\_\_\_

عنوان المستحقة \_\_\_\_\_

الهاتف / الخليوي \_\_\_\_\_

כתובת החייב \_\_\_\_\_

טלפון / נייד \_\_\_\_\_

אני מצהירה שכל הפרטים שמסרתי הינם נכונים ואני מתחייבת להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטים שמסרתי.   
أصرّح بأن جميع التفاصيل المسجلة أعلاه صحيحة كما وأتعهدّ بإبلاغكم عن أي تغيير قد يحصل في التفاصيل المذكورة.

חתימת הזוכה ✕ \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

توقيع المستحقة \_\_\_\_\_

تاريخ \_\_\_\_\_

4

החלטת הפקיד  
قرار المؤسسة

לחדש מיום \_\_\_\_\_

לא לחדש. סיבה: \_\_\_\_\_

חתימת פקיד תביעות ✕ \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_