

הצהרה שנתית על יציאות מחוץ למוסד בו שוהה מוגבל בניידות בל/8235

כיצד יש להגיש את ההצהרה

- יש להקפיד ולמלא את טופס ההצהרה המצורף.
- את טופס ההצהרה יש לשלוח אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך או להביאו לשם. לשאלות ולברורים יש לפנות לטלפון שמספרו *6050 או 04-8812345.
- מידע נוסף, אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

1. פרטי התובע

- שם משפחה
- שם פרטי
- תאריך לידה
- מספר זהות

מוצהר בזאת כי אני יוצא באופן קבוע ברכב מנועי מתחומי המוסד בו אני שוהה לפחות 6 פעמים בחודש

למטרת:

- ביקור משפחה
- פעילות חברתית
- פעילות שיקומית
- טיפולים רפואיים
- עבודה
- לימודים

ואין גוף ציבורי הנושא בהוצאות היציאות האמורות.

תאריך _____ חתימת התובע/אפוטרופוס _____

2. הצהרה – למילוי על ידי העובד הסוציאלי

הנ"ל שוהה במוסדנו _____ מתאריך _____

אני מצהיר בזאת כי קרובי משפחתי של התובע מבקרים במוסדנו באופן קבוע. במידה והתובע יוצא את חצרי המוסד למטרות המפורטות בסעיף 1 לעיל, פחות מ- 6 פעמים בחודש, אעדכן את המוסד לביטוח לאומי תוך 30 יום בכתב.

ידוע לי כי המוסד לביטוח לאומי, שומר לעצמו את הזכות לדרוש בדיעבד את פירוט היציאות.

במידה ויש חודשים בהם לא יצא 6 פעמים נא סמן :

- ינואר
- פברואר
- מרץ
- אפריל
- מאי
- יוני
- יולי
- אוגוסט
- ספטמבר
- אוקטובר
- נובמבר
- דצמבר

תאריך _____ חתימת העובד הסוציאלי _____

3. המלצה – למילוי על ידי העובד הסוציאלי

- אני ממליץ לשלם ישירות לתובע
- אני ממליץ למנות מקבל קצבה לתובע הנ"ל

תאריך _____ חתימת העובד הסוציאלי _____