



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

בקשה להפסקה / חידוש מזונות

	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	<b>חותמת קבלה</b>
מס' זהות / דרכון _____		
סוג המסמך 0   1	דפים _____	

<b>1 פרטי המבקשת</b> שם משפחה _____	שם פרטי _____	מספר זהות ס"ב _____
--	---------------	------------------------

<b>2 106 – הפסקת תשלום מזונות</b>
אני החתומה מטה מבקשת מהמוסד לביטוח לאומי להפסיק את תשלום דמי המזונות המשולמים לי על פי חוק המזונות (הבטחת תשלום) תשל"ב, החל מיום: _____
סיבת ההפסקה
(11) <input type="checkbox"/> שלום בית <input type="checkbox"/> הפרשים (הסכום בין גובה פסק הדין לתשלום בפועל), בגין העבר לא יגבה ע"י המוסד לביטוח לאומי.
(12) <input type="checkbox"/> גביה עצמית (תקנות)
(13) <input type="checkbox"/> גביה עצמית (פסק דין)
(99) <input type="checkbox"/> אחר _____
כתובת הזוכה _____ טלפון / נייד _____
כתובת החייב _____ טלפון / נייד _____
חתימת הזוכה * _____ תאריך _____

<b>3 106 – חידוש תשלום מזונות תוך שישה חודשים וללא פסק דין</b>
אני החתומה מטה מבקשת מהמוסד לביטוח לאומי לחדש את תשלום דמי המזונות על-פי חוק המזונות (הבטחת תשלום) החל מיום: _____
<input type="checkbox"/> קבלתי מן החייב תשלומים ישירים עד ליום _____
<input type="checkbox"/> קבלתי מן החייב תשלומים באמצעות הוצל"פ עד ליום _____ (נא צרפי אישור)
<input type="checkbox"/> לא קבלתי מן החייב כל תשלום מיום ההפסקה. פרט מקורות קיום _____
<input type="checkbox"/> לא חל כל שינוי בפרטי הבקשה ופסק הדין
<input type="checkbox"/> חל שינוי ב: <input type="checkbox"/> פסק הדין <input type="checkbox"/> מצב משפחתי <input type="checkbox"/> פרטי ילדים <input type="checkbox"/> פרטי חייב <input type="checkbox"/> יש למלא את הטופס המתאים
כתובת הזוכה _____ טלפון / נייד _____
כתובת החייב _____ טלפון / נייד _____
אני מצהירה שכל הפרטים שמסרתי הינם נכונים ואני מתחייבת להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטים שמסרתי
חתימת הזוכה * _____ תאריך _____

<b>4 החלטת הפקיד</b>
<input type="checkbox"/> לחדש מיום _____
<input type="checkbox"/> לא לחדש. סיבה: _____
חתימת פקיד תביעות * _____ תאריך _____