המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף סיעוד

בל/ 2655

בקשה לקבלת גמלה בכסף לזכאי לגמלת סיעוד המעסיק מטפל צמוד

לידיעתך

רמת זכאות

רמת זכאות	נקודות שנצבר בהערכת התלות	מספר יחידות שירות	מספר יחידות שירות למעסיק עובד זר
1	2.5 עד 3 *	9 שעות בשבוע	לא משפיע
		5.5 שעות בשבוע	
2	3.5 עד 4.5	10 שעות בשבוע	
3	5 עד 6	17 שעות בשבוע	14 יחידות שירות בשבוע
4	6.5 עד 7.5	21 שעות בשבוע	18 יחידות שירות בשבוע
5	8 עד 9	26 שעות בשבוע	22 יחידות שירות בשבוע
6	9.5 עד 10.5	30 שעות בשבוע	26 יחידות שירות בשבוע

***ברמת זכאות 1 יש שתי אפשרויות : 9 שעות ללא טיפול אישי בבית או 5.5 שעות כולל טיפול אישי בבית**

מטפל צמוד

- בקשה לגמלת סיעוד בכסף ניתן להגיש כאשר הזכאי לגמלת סיעוד מעסיק מטפל צמוד בהיקף של לפחות 6 ימים בשבוע ובכל יום לפחות 12 שעות ביממה.
- המטפלים בזכאי חייבים להיות בגירים מעל גיל 18.
- המטפל אינו יכול להיות "בן משפחה" של הזכאי (על פי הגדרת "בן משפחה" בסעיף 225 א. (ה) הורה, בן זוג, אח או אחות, בן, בת, וכן בני זוגם וילדו של כל אחד מאלה) כל אלה אינם יכולים לשמש מטפלים.

מטפל צמוד זר

- זכאי לגמלת סיעוד המעסיק כמטפל צמוד "עובד זר" **חייב** לרשום את העובד בלשכה הפרטית להעסקת עובדים זרים, **וחייב** בהיתר העסקת עובד זר הכולל ציוות של העובד שהוא מעסיק מטעם רשות ההגירה במשרד הפנים.

מעסיק מטפל צמוד תושב ישראל

- מעסיק מטפל צמוד תושב ישראל חייב לצרף חוזה העסקה חתום על ידי המטפל או המטפלים ומקבל הגמלה או בני משפחתו, המפרט את היקף העבודה ותנאי השכר בעבור כל אחד מהמטפלים.

ניצול שואה

- מי שהוכר כנרדף נאצים ע"י ועידת התביעות, הרשות לזכויות ניצולי שואה או חוק הפיצויים הגרמני וכן הוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי כזכאי לגמלת סיעוד של 15 שעות טיפול בשבוע ומעלה עשוי להיות זכאי לתוספת של שעות סיעוד מעבר לשעות הניתנות ע"י המוסד לביטוח לאומי.
- מי שבחר בקבלת גמלה בכסף, יוכל למלא את טופס הפנייה לוועידת התביעות בעמ' 4 ולצרפו לטופס זה (בל/2655). לפנייה ישירה לוועידת התביעות: רחוב קרליבך 25, תל אביב.
טלפון לבירורים : 03-5194400.

גמלת כסף ושירותי סיעוד

- ניתן לשלב בין קבלת גמלה בכסף וקבלת שירותי סיעוד אחרים מתוך סל השירותים : טיפול אישי בבית ע"י תושב ישראל, משדר מצוקה, מוצרי ספיגה, ביקורים במרכז יום ושירותי כביסה. לשירותי הסיעוד המפורטים יש שווי כספי. אם הבחירה היא שילוב של גמלה בכסף ושירותי סיעוד, יופחת ערכם של השירותים הנוספים שנבחרו מתוך סכום הגמלה בכסף.
דוגמא: מקבל גמלה בכסף שזכאי לגמלה בסך 6,275 ₪ לחודש, מבקש לקבל מוצרי ספיגה בערך של 200 ₪ לחודש: 200 ₪ יופחתו מסכום הגמלה בכסף שהוא זכאי לה, ולכן ישולמו לו 6,075 ₪ בנוסף לאספקת מוצרי הספיגה.

האפשרויות לקבלת גמלת סיעוד ברמות השונות

רמת הזכאות	ומספר שעות טיפול אישי בבית בשבוע למי שמעסיק עובד זר וממשם זכאותו באמצעות נותן שירות	סכום הגמלה למי שמעסיק עובד זר ואושרה בקשתו לגמלת כסף	סכום הגמלה למי שמעסיק עובד ישראלי ואושרה בקשתו בכסף כולל תוספת למי שאיננו מעסיק עובד זר	מספר שעות טיפול אישי בבית בשבוע למי שמטופל ע"י עובד ישראלי וממשם זכאותו באמצעות נותן שירות כולל תוספת שעות למי שאיננו מעסיק עובד זר
1	5.5 שעות	1,659 ₪*	1,659 ₪*	5.5 שעות
2	10 שעות בשבוע	2,414 ₪ *	2,414 ₪ *	10 שעות*
3	14 שעות בשבוע	3,379 ₪	4,103 ₪	17 שעות
4	18 שעות בשבוע	4,344 ₪	5,068 ₪	21 שעות
5	22 שעות בשבוע	5,130 ₪	6,275 ₪	26 שעות
6	26 שעות בשבוע	6,275 ₪	7,241 ₪	30 שעות
	הנתונים בטבלה מעודכנים לחודש אפריל 2025. הסכומים משתנים מעת לעת.			
	*סכום הגמלה או מספר שעות הטיפול אינו משתנה בשיעורי זכאות אלה, כל עוד הזכאי מעסיק עובד זר או מטפל ישראלי צמוד.			
	מי שגמלתו מופחתת בגין הכנסות גבוהות זכאי למחצית השעות או הכסף לפי רמת הזכאות			

מספר יחידות שירות בשבוע

פריט שירות	רמות הגמלה	שווי בשעות טיפול / יחידות שירות בשבוע
יום ביקור במרכז יום	1 - 3	2 שעות
יום ביקור במרכז יום	4 – 6	2.75 שעות
משדר מצוקה	בכל רמות הגמלה	0.25 שעות
מוצרי ספיגה	בכל רמות הגמלה	תלוי בסוג מוצר הספיגה. רשימת מופרטת מופיעה באתר האינטרנט www.btl.gov.il
שירותי כביסה	בכל רמות הגמלה	בהתאם למשקל. רשימה מופרטת מופיעה באתר האינטרנט www.btl.gov.il
קהילה תומכת עדיין לא מופעל בכל הארץ	בכל רמות הגמלה	0.5 שעות

לקבלת פרטים נוספים ולמידע על שיעורי הגמלה העדכניים, ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

חובותיך בתור מעסיק

- למקבל גמלה מלאה בכסף או למקבל גמלה בכסף בשילוב עם שירותי סיעוד, יש חובות בתור מעסיק על פי הקבוע בחוק, לרבות רכישת ביטוח רפואי לעובד, דיווח ותשלום לביטוח לאומי ושמירה על זכויותיו הסוציאליות (דמי הבראה, חופשה שנתית, הפרשות לגמל ופיצויים כחוק וכו').
  לנוחותכם, דיווח ותשלום לביטוח לאומי ניתן לבצע באמצעות שירותי התשלומים והדיווחים באתר האינטרנט בכתובת: המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.
- את כל המידע בנושא זכויות וחובות העובדים הזרים ניתן לקבל באתר האינטרנט של משרד העבודה, הרווחה והביטחון החברתי https:www.gov.il/he/department/guides/rights-of-foreign-workers
- מידע מקיף ניתן לקבל גם בלשכה הפרטית להעסקת עובדים זרים.

כיצד יש להגיש את הבקשה לגמלה בכסף

- יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
  - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
  - לשלוח בדואר או להשאיר בתיבת השירות של הסניף הקרוב למקום המגורים.
- לשאלות ובירורים ניתן לפנות למוקד: 9696*, 6050*, 04-8812345, או באמצעות אתר האינטרנט. www.btl.gov.il "יצירת קשר".

חזרה לשירותי סיעוד

- מי שאושרה לו גמלה בכסף יוכל לשוב ולבחור בכל עת לקבל את גמלת הסיעוד באמצעות "נותן שירותים" - היינו ארגון שיעסיק את המטפל הצמוד בשעות הסיעוד, בהתאם לשיעור הזכאות שנקבע לו. לשם כך, יש לפנות אלינו כמפורט לעיל. במקרה כזה, מקבל הגמלה ימשיך להיחשב מעסיק לכל דבר ועניין לגבי שעות עבודתו של העובד שהן מעבר לשעות הזכאות.

- המוסד רשאי לשנות את החלטתו ולהפסיק את תשלום הגמלה בכסף, אם לא התקיימו בזכאי תנאי החוק, או ממצאי בקרה יצביעו על ליקויים בטיפול או חריגות בהתנהלות.

בירורים ושינויים בפרטים

- חובה להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי בנתונים שנמסרו למוסד בעת הגשת הבקשה לקבלת הגמלה בכסף, כולל זהות המטפלים והיקף ההעסקה. ניתן לעשות זאת גם באמצעות אתר המוסד לביטוח לאומי, "צור קשר".

- שאלות ובירורים ניתן להפנות למחלקת סיעוד בסניף המטפל.

<u>חובה לחתום על טופס הבקשה</u>

טופס זה מנוסח בלשון זכר, אך פונה לנשים ולגברים כאחד.

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – אגף סיעוד
סניף _____

חותמת קבלה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות / דרכון	סוג המסמך	דפים
		8 9	

בקשה לקבלת גמלה בכסף לזכאי לגמלת סיעוד המעסיק מטפל צמוד

1 פרטי מגיש הבקשה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

<u>אם חל שינוי בכתובת , פרטי ההתקשרות או חשבון הבנק נא מלא נספח א'</u>

2 פרטי מטפלים

	שם	ת.ז./דרכון	קרבה/קשר	שנת לידה	מין	מטפל צמוד: תושב זר או תושב ישראל?	תאריך תחילת עבודה
.1							
.2							
.3							

3 פרישת תכנית הטיפול למעסיק מטפלים תושבי ישראל בלבד

נא פרט את שעות העבודה של כל מטפל ישראלי . יש לצרף חוזה עבודה של כל מטפל הרשום מטה

	שם המטפל	זמני טיפול	יום בשבוע						
			א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'	שבת
.1		משעה							
		עד שעה							
.2		משעה							
		עד שעה							
.3		משעה							
		עד שעה							
		עד שעה							

4 שילוב של גמלה בכסף ושירותי סיעוד

לידיעתך, יש באפשרותך לשלב גמלה בכסף ושירותי סיעוד בו בזמן – ראה הסבר בדף המידע.
(ימלא רק מי שמעוניין בשילוב גמלה בכסף ושירותי סיעוד)

❑ אני מעוניין לקבל גמלה בכסף ואת השירותים באים: (סמן ליד השרותים הרצויים)
❑ קהילה תומכת (עדיין לא קיים בכל הישובים)
❑ טיפול אישי בבית באמצעות חברה נות"ש
❑ משדר מצוקה ❑ מוצרי ספיגה ❑ מרכז יום ❑ שירותי כביסה

5 הבקשה הוגשה ביוזמת (למלא כאשר היוזם אינו המבקש ומשפחתו)

שם ושם משפחה	טלפון	קשר למבקש הגמלה

6 הצהרת המבקש

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בבקשת הגמלה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין 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 זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
ידוע לי שכל הפרה של התנאים לקבלת מטפל צמוד תביא להפסקה מידית של האישור.
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.
ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותיי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג׳ הרלוונטיים לצורך זה.
ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת www.btl.gov.il > יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות.
אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

שם ושם משפחה _____ תאריך _____ חתימת המבקש ✘ _____

7

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בבקשה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין 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 הזכאות לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
ידוע לי שכל הפרה של התנאים לקבלת מטפל צמוד תביא להפסקה מידית של האישור.

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.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותיי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג׳ הרלוונטיים לצורך זה.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת www.btl.gov.il > יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות.
אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

שם ושם משפחה _____ כתובת _____

הקשר למבקש _____ תאריך _____חתימת המבקש ✘ _____

CONFERENCE ON JEWISH MATERIAL CLAIMS AGAINST GERMANY, Inc

בקשה לוועידת התביעות (גמלה סיעוד בכסף)

אין צורך לשלם בכדי לפנות לתוכנית זו. אינך צריך\ה לשלם לאף אחד עבור טופס זה או עבור סיוע במילויו. תוכנית זו מיועדת אך ורק ליהודיים נפגעי רדיפות הנאצים העונים להגדרה של יהודי נפגע רדיפות הנאצים כפי שהוגדר ע"י ממשלת גרמניה. בנוסף, הינך חייב/ת לעמוד באחד מהקריטריונים הבאים:

1. הינך מקבל גמלת סיעוד מלאה בכסף מהמוסד לביטוח הלאומי ובעל ניקוד של 6 נקודות ומעלה במבחן התלות;
2. הינך מקבלי גמלת סיעוד חלקית בכסף או בשירות מהמוסד לביטוח לאומי, מקבל ניקוד של 6 נקודות ומעלה במבחן התלות והכנסתך אינה עולה ב-2000 ש"ח על תקרת ההכנסה שנקבעה על ידי המוסד לביטוח הלאומי.
3. הינך בעל ניקוד של 1.5 עד 2 נקודות במבחן התלות , ואתה עונה על קריטריון ההכנסה כפי שנקבע ע"י המוסד לביטוח לאומי לגמלה מלאה. אינך זכאי לגמלת סיעוד מהמוסד לביטוח הלאומי, אבל הינך זכאי לתוכנית זו עד אישורך לקבלת גמלת סיעוד מהמוסד לביטוח הלאומי.
4. הינך בעל ניקוד של 5 עד 5.5 נקודות במבחן התלות, והינך עומד בקריטריונים של ההכנסה לקבלת גמלת סיעוד מלאה בכסף או בשירות מהמוסד לביטוח הלאומי

בכדי לקחת חלק בתוכנית יש למלא את הטופס במלואו ולשלוח חזרה באי-מייל, או בדואר, או בפקס, או במסירה ידנית במשרד ועידת התביעות. מומלץ לצרף העתק של תעודת הזהות של הפונה.הסכום החודשי אותו תקבל תלוי בזכאותך כפי שמפורט בסעיפים 1-4 מעלה.

פרטים אישיים:				
ENGLISH FIRST NAME			**ENGLISH LAST NAME**	
«First_Name»			«Last_Name»	
Israel GOV. ID number	**Gender**	**שם פרטי - בעברית**	**שם משפחה - בעברית**	
«Israeli_Id»	M F	«Hebrew_First_Name»	«Hebrew_Last_Name»	
Zip Code	**City Name**	**Apartment №**	**House №**	**Street Name**
«Zip»	«City»			«Address»
Birth Date			**Phone Number**	
«BirthDate» יום / חודש / שנה			«Phone»	
Date of Immigration			**Country of Birth**	
יום / חודש / שנה			«Place_of_Birth_Country»	

פרטי בנק: **(חשבון הבנק חייב לכלול את שמו של ניצול השואה)**				
שם בנק	**מספר בנק**	**מספר סניף**	**כתובת הסניף (רחוב ועיר)**	**מספר חשבון**

<u>בקשה לתוכנית זו תבחן לזכאות אך ורק מיום קבלת הטופס מלא וחתום במשרדנו. בכדי לזרז את ההליך אנו ממליצים כי הטופס ישלח בדואר אקספרס</u>

במידה ובקשתך לקבלת גמלה סיעוד בכסף בישראל (ICFS) תאושר ע"י ועידת התביעות אזי :

1) **הסכום המשולם ע"י ועידת התביעות כולל את שכר העובד וכל ההפרשות הסוציאליות הנדרשות עפ"י חוק.**
2) **יורשים אינם זכאים לסיוע במסגרת תוכנית זו. התשלום יכול להתבצע רק ורק לחשבון הבנק של יהודי נפגע רדיפות הנאצים המבקש את הסיוע.**
3) **כל החובות התשלומים בגין העסקת המטפל המשולמים ע"י ועידת התביעות הינם <u>באחריותו המלאה והבלעדית</u> של מקבל הסיוע. ועידת התביעות לא תישא כל אחריות בגין חובות לצד שלישי בכלל ולמטפל בפרט.**
4) **עליך לדווח מידית בכתב לועידת התביעות על כל שינוי רלוונטי במצבך לרבות :אשפוז בבית חולים או מוסד טיפולי אחר, מעבר לבית אבות וכדומה . במידה וימצא כי לא פעלת כאמור לעיל, עומדת לועידת התביעות הזכות לדרוש או ולתבוע סכומים ששולמו עקב כך חזרה.**

במידה ולא תקבל\י אישור על קבלת טופס זה תוך 30 יום מיום שליחתו ו/או לבירורים נוספים ניתן לפנות: 03-5194400 או בדואר לת.ד 20064 תל אביב מיקוד 6120001

ויתור:

אני מסמיך את ועידת התביעות לקבל ולתת כל מידע אישי הנדרש לצורך קביעת זכאותי ל תוכנית גמלת סיעוד בכסף מגופים שונים כגון משרד

האוצר הגרמני, משרד המבקר הפדרלי , כל גוף ממשלתי, ציבורי, או פרטי בישראל או בחו"ל לרבות לקבל, לבדוק ולאמת כל מידע הנדרש לשם
כך מכל גורם לרבות ממאגר הרשות לניצולי השואה בישראל ,מרשם האוכלוסין במשרד הפנים והמוסד לביטוח לאומי .
אני מסכים שמידע שעשוי לכלול פרטים אישיים שאני מספק יועבר וישמר באופן בינלאומי ומסכים לאפשר לועידת התביעות להשתמש ולשתף
בפרטים אלו עם גופים נוספים בכדי לספק לי מידע נוסף לגבי תכניות פיצויים או הטבות סוציאליות נוספות הקיימות עבור קורבנות הנאצים .
הפונה מוותר בזאת על זכותו לסודיות במידה ותיפגע כתוצאה מהשימוש במידע שיתקבל לצורך הסיוע .
אני יודע כי הסיוע הנ"ל אינו מוקנה לי עפ"י דין.. ועידת התביעות שומרת לעצמה את הזכות להמשיך, להפסיק או לשנות את הסיוע. אני מוותר
באופן בלתי חוזר - ככל שהדבר מותר על פי דין - כל טענה שיש לי או טענתי מאוחר יותר נגד ועידת התביעות הקשורה לתוכנית זו או קשורה
אליה .
הנני מצהיר שהפרטים הנ"ל נכונים ומלאים, ידוע לי כי מסירת הצהרת כוזבת ו/או לא מלאה תגרום לביטול זכאותי לסיוע מהקרן לאלתר .
שם מלא _____ חתימה_____ תאריך _____ **ועידת**

התביעות אימייל: infodesk@claimscon.org

פקס: 03-6241056 דואר: ת.ד 20064 תל אביב מיקוד 6120001

נספח א'

פרטי התקשרות וחשבון בנק

אם חל שינוי מהפרטים המעודכנים בביטוח לאומי, נא מלא כתובת, מספר טלפון , דואר אלקטרוני או פרטי חשבון בנק

פרטי כתובת

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		_____@_____

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב

❑ 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.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

פרטי חשבון בנק

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין בקשה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

סוג הקרבה שלי למקבל הגמלה: ❑ בן/בת זוג ❑ הורה ❑ בן/בת ❑ אח/אחות ❑ אחר: _____

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים, שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

_____ ✘	_____ ✘	_____
תאריך	חתימת מקבל הגמלה	חתימת / חתימות השותפים לחשבון