



תביעה להבטחת הכנסה

طلب لمخصصات ضمان الدخل

תנאי זכאות ראשוני לגמלה להבטחת הכנסה

شروط الإستحقاق لمخصصات ضمان الدخل

- תושב ישראל שגילו למעלה מ- 20 שנה למעט מקרים חריגים.
- סגן ישראלי הבוגר מן העמ 20 שנה ומה פוק, מה עדה חלות استثنائية.

כמה דברים שכדאי לך לדעת:

بعض الأمور التي يجدر بك معرفتها:

- זכאותך לגמלה תיבחן ממועד מסירת הטופס.** לכן, הגש את הטופס ללא דיחוי, גם אם חסרים לך חלק מהמסמכים שיש לצרף. יתכן שתידרש להמציא מסמכים נוספים. לא תוגל תפדימ הילב חתי וין نقصتك بعض المستندات لأنه سيتم فحص إستحقاقك للمخصصات وفقا لموعد التسليم. إذا كانت هناك ضرورة لإرفاق مستندات إضافية سنعلمك بذلك لاحقاً.
- אם אתה נשוי, או אם אתה גר עם בן או בת זוג – זכאותכם מותנית בכך ששניכם עומדים בתנאים הנדרשים. إذا كنت متزوجاً أو تسكن مع صديقة فيجب أن تتوفر شروط إستحقاق المخصصات لدى كلاكما.

מי אינו זכאי לקבל גמלה להבטחת הכנסה?

لمن لا يحق مخصصات ضمان الدخل؟

- אדם הנמצא במוסד, וכל החזקתו על חשבון אוצר המדינה, כולל בית סוהר (בן או בת הזוג של אדם זה יכול לבדוק זכאות בנפרד!).
- المقيم في مؤسسة وكل من تقوم الدولة بتغطية تكاليف إقامته بما في ذلك السجن (يستطيع زوج/ة هذا الشخص فحص إستحقاقه/ها للمخصصات على شكل منفصل).
- אדם המשרת שירות חובה בצה"ל וכן חבר קיבוץ או מושב שיתופי ובני זוגם.
- مجنّد في الخدمة العسكرية الإلزامية أو عضو في كيبوتس أو قرية تعاونية بما في ذلك أزواجهن/ن.
- תלמיד בישיבה או במוסד תורני או במוסד לימודים על תיכוניים או במוסד להשכלה גבוהה. בתנאים מסוימים לימודים של הורה יחיד לא ישללו זכאות לגמלה.
- طالب في مؤسسة دينية أو طالب في مؤسسة تعليمية ما فوق الثانوية تشمل مؤسسات التعليم العالي.
- אדם שברשותו (כולל ברשות בן זוגו או ילדו), רכב או אופנוע ששווי מעל 40,760 ₪, למעט מקרים חריגים הקשורים במצב רפואי.
- أي شخص (بما في ذلك الزوج/ة أو أحد الأبناء) يملك سيارة أو دراجة نارية البالغة قيمتها فوق ال 40,760 ش.ج , ما عدا الحالات الخاصة المتعلقة بالوضع الصحي.
- אדם שברשותו (כולל ברשות בן זוגו או ילדו), יותר מרכב אחד.
- أي شخص يملك أكثر من سيارة واحدة (بما في ذلك الزوج/ة أو أحد الأبناء).

מי צריך להתייצב בשירות התעסוקה כתנאי לזכאות

من ملزم بالمثل في مكتب العمل كشرط لاستحقاق المخصصات

- אם אתה או בת זוגך אינכם עובדים, או אם אתם עובדים במשרה חלקית פחות מ-40 שעות בשבוע, עליכם לפנות ללשכת התעסוקה במקום מגורכם כדי לקבל כל עבודה המתאימה למצב בריאותכם. העاطל ען העמל במה פי ذلك الزوجة أو كل من يعمل بوظيفة جزئية أقل من 40 ساعة أسبوعياً, عليه المثل في مكتب العمل في منطقة سكنه للحصول على وظيفة تناسب وضعه الصحي.

אם חלים עליך התנאים האלה, אינך צריך לפנות לשירות התעסוקה:

أنت غير ملزم بالمثل في مكتب العمل إذا توفرت لديك الشروط التالية:

- ✎ אם או אב – שהוא הורה יחיד שיש עימו ילד שטרם מלאו לו שנתיים. אם או אב – אחידי الوالدين ولديه طفل لم يبلغ العامين بعد.
- ✎ אישה בהריון מהשבוע ה-13. امرأة حامل في الأسبوع ال-13 على الأقل.
- ✎ מי שחולה לפחות 30 ימים רצופים והמחלה טרם הסתיימה. شخص مريض لمدة 30 يوماً متتاليا ولم يتعافى بعد.
- ✎ הורה המקבל קצבת ילד נכה בעד ילדו או מי שאחד מבני משפחתו (בן זוג, בן, בת, הורה), חולה זקוק להשגחה רוב שעות היממה והוא גר עם החולה באותה דירה 45 ימים רצופים לפחות לפני שהגיש את התביעה. والد طفل يتلقى مخصصات عجز عن أحد أولاده أو من يقوم بالعناية والإشراف على أحد أفراد عائلته المريض (زوج/ة، ابن، ابنة، والد/ة) والذي بحاجة لرعاية في غالبية ساعات اليوم شرط أن يسكن معه 45 يوماً على الأقل قبل موعد تقديم الطلب.
- ✎ מי שנמצא בתוכנית שיקום תעסוקתי בפיקוח משרד ממשלתי. من يشترك في برنامج تأهيل مهني بإشراف مؤسسة حكومية.
- ✎ אסיר משוחרר לאחר תקופת מאסר של 6 חודשים רצופים, אם עדיין לא חלפו חודשיים ממועד שחרורו, אסיר העובד בעבודות שירות, או מי שנמצא במעצר בית בשעות היום, או מי שמשגיח על בן משפחה הנמצא במעצר בית. أسير محرر بعد أن أنهى مدة حبس لا تقل عن 6 شهور متواصلة ولم ينقضي شهران من موعد تحريره, أسير ينفذ حكم إداري بالأعمال, أسير في حبس منزلي في ساعات النهار أو من يقوم بالإشراف على أحد أفراد العائلة الموجود في حبس بيته.
- ✎ מכור לסמים או לאלכוהול, או מי שנמצא בתוכנית גמילה או בתכנית שיקום. مدمن مخدرات/ كحول أو شخص يشترك في برنامج فطام أو تأهيل.
- ✎ לומד באולפן מטעם משרד הקליטה בשעות היום, חמישה ימים בשבוע. طالب يدرس اللغة العبرية تحت إشراف وزارة الإستيعاب في ساعات النهار خمسة أيام أسبوعياً.
- ✎ מי שמטופל במחלקה לדרי רחוב ברשות המקומית. من يشترك ببرنامج علاج للمتشردين بإشراف السلطة المحلية.
- ✎ אישה במקלט לנפגעות אלימות השוהה בו יותר מ- 30 ימים רצופים. امرأة تسكن في ملجأ لضحايا العنف أكثر من 30 يوماً.
- ✎ עובד במשרה מלאה (בהיקף של 40 שעות שבועיות ומעלה), או עובד במפעל מוגן. عامل بوظيفة كاملة (لا تقل عن 40 ساعة أسبوعية) أو عامل في معمل محمي.
- ✎ עובד במשק בית או בטיפול בילדים בהיקף של 25 שעות שבועיות ומעלה. العمل في التدبير المنزلي أو رعاية الأطفال في إطار 25 ساعة أسبوعية أو أكثر.
- ✎ עובד בטיפול בקשישים בהיקף של 15 שעות שבועיות ומעלה או המטפל בשלושה קשישים לפחות. العمل في رعاية المسنين في إطار 15 ساعة أسبوعية أو أكثر أو العمل في رعاية 3 مسنين على الأقل.
- ✎ עובד כקופאי ברשתות מזון בהיקף של 36 שעות שבועיות ומעלה. العمل كأمين صندوق في شبكة حوانيت الغذاء في إطار 36 ساعة أسبوعية أو أكثر.
- ✎ עובד עצמאי הרשום במחלקת הביטוח ו/או בעל עסק חדש אשר לא עברה שנה מפתיחת העסק ומקבל ליווי עסקי. عامل مستقل المسجل في قسم التأمين و/أو لديه مصلحة جديدة لم تمر سنة على افتتاحها مع خدمة مرافقة الأعمال.

שים לב! לפני הגשת הטפסים לסניף – אנא ודא כי:

انتبه! قبل تسليم جميع المستندات – الرجاء التأكد من:

✍ **מילאת את כל הפרטים, חתמת בכל המקומות, פירטת את הסיבה להגשת התביעה (אתה ובן או בת זוגך).
تعبئة جميع التفاصيل الخاصة بك, التوقيع في جميع الأماكن اللازمة, الشرح عن سبب تقديمك للطلب (بما في ذلك الزوج/ة).**

✍ **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
تستطيع تقديم الطلب مع الإثباتات اللازمة في إحدى الطرق التالية:**

- למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
تعبئة الطلب في موقع التأمين الوطني www.btl.gov.il وإرساله عبر الإنترنت مع المستندات الإضافية لفرع التأمين الوطني التابع لمكان سكنك.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
تعبئة الطلب خطياً ونسخه ضوئياً مع المستندات الإضافية ومن ثم إرساله بواسطة موقع الإنترنت/إرسال مستندات.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
إرساله بواسطة البريد، فاكس أو صندوق الخدمة المتواجد في الفرع الموجود في مكان سكنك.
- ✍ לשאלות ולבירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il
للسئلة والاستفسار عليك التوجه لهاتف رقم *6050 أو 04-8812345، أو الاستعانة بموقع الإنترنت www.btl.gov.il.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד
كتبت هذه الإستمارة بصيغة المذكر لكنها موجهة للنساء والرجال على حدّ سواء



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
הבטחת הכנסה
מוססה التأمين الوطني
مديرية المخصصات
ضمان الدخل

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
0	1	סוג המסמך	דפים						

תביעה לגמלה להבטחת הכנסה
طلب لمخصصات ضمان الدخل

פרטי התובע

1

תفاصيل مقدم الطلب

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

כתובת מגורים

عنوان السكن

רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد	מס' בית رقم المنزل	קומה طابق	דירה شقة	יישוב البلدة	מיקוד الرمز البريدي
טלפון קווי رقم الهاتف	טלפון נייד של התובע رقم الهاتف الخليوي لمقدم الطلب	טלפון נייד של בן/בת הזוג رقم الهاتف الخليوي للزوج/ة			

דואר אלקטרוני תובע: _____@_____ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.
البريد الالكتروني لمقدم الطلب:
أرفض استلام الرسائل التي تشمل معلومات شخصية عبر القنوات المباشرة (الديجيتال) (رسائل نصية – SMS, البريد الالكتروني) بدلا من البريد العادي.

דואר אלקטרוני בן/בת זוג: _____@_____ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.
البريد الالكتروني للزوج/ة:
أرفض استلام الرسائل التي تشمل معلومات شخصية عبر القنوات المباشرة (الديجيتال) (رسائل نصية – SMS, البريد الالكتروني) بدلا من البريد العادي.

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:
إذا لم يكن الهاتف او 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.
أرفض استلام الرسائل التي تشمل معلومات شخصية عبر القنوات المباشرة (الديجيتال) (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.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)
 العنوان البريدي (إذا كان مختلفا عن العنوان أعلاه)

מיקוד الرمز البريدي	יישוב البلدة	דירה شقة	קומה طابق	מס' בית رقم المنزل	רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد

אני מתגורר בדירה ש:
 أسكن في شقة:

בבעלותי בהשכרה (צרף חוזה שכירות) אחר, פרט: _____
 ملكا لي إيجار (الرجاء إرفاق عقد الإيجار) آخر, الرجاء التفصيل: _____

מצב משפחתי
 الحالة الاجتماعية

2

מצב משפחתי נוכחי – גם אם טרם שונה במשרד הפנים:

الحالة الاجتماعية الحالية – حتى وإن لم يتم تغييرها في وزارة الداخلية بعد:

נשוי/ה גרושה אלמן/נה פרוד/ה מתאריך _____
 متزوج/ة مُطلق/ة أرمل/ة منفصل/ة من تاريخ _____
 רווק/ה ידוע/ה בציבור, מתאריך _____ ת.ז. _____
 أعزب/عزباء معروفة/لدى الجمهور من تاريخ _____ رقم الهوية: _____
 האם אתה מתגורר עם חבר/ה לחיים או עם בן/בת זוג לא כן, שם _____ ת.ז. _____ מתאריך _____
 هل تسكن مع صديق/ة أو شريك _____ كلا _____ نعم, الاسم _____ رقم الهوية _____ منذ _____

פרטי ילדים עד גיל 24
 تفاصيل الأولاد حتى سن 24

3

נא סמן את מקום הימצאותו של הילד וצרף אישור מהרשות המוסמכת*
 الرجاء تحديد مكان تواجد كل من الأولاد وإرفاق إثباتات رسمية من الجهة المختصة*

שם הילד اسم الولد	ת"ז رقم الهوية	מתגורר איתי يسكن معي	צבא* الخدمة العسكرية	אומנה או פנימייה* التبني أو داخلية	שירות לאומי או התנדבות או עתודה או קד"צ* الخدمة المدنية أو الخدمة التطوعية أو طالب عسكري	אחר* آخر*

• אם ישנם ילדים נוספים נא ציין את פרטיהם בדף נוסף.
 إذا كان لديك أولاد بالإضافة للمذكورين أعلاه, يجب تسجيل تفاصيلهم على صفحة أخرى.

פרטים על לימודים
תفاصيل حول التعليم

4

תובע مقدم الطلب	בן/בת זוג الزوج/ة
האם אתה לומד במוסד לימודים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן هل تدرس في مؤسسة تعليمية؟ كلا نعم	האם אתה לומד במוסד לימודים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן هل تدرس في مؤسسة تعليمية؟ كلا نعم
האם אתה לומד בישיבה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן هل تدرس في مجلس ديني؟ كلا نعم	האם אתה לומד בישיבה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן هل تدرس في مجلس ديني؟ كلا نعم

יש לצרף אישור ממוסד הלימודים, כולל תאריך תחילת הלימודים וסיימם, ימי לימוד, מספר השעות וסוג התעודה
يجب إرفاق تصديق من المؤسسة التعليمية، يشمل موعد بداية التعليم وموعد الإنهاء، أيام التعليم، عدد ساعات التعليم ونوع الشهادة

פרטי רכב או אופנוע או טרקטור או טרקטורון או משאית
تفاصيل السيارة أو الدراجة النارية أو الجرارة أو الشاحنة

5

ילדים עד גיל 24 או לאד حتى سن 24	בן/בת זוג הזוג/ة	תובע מקדם الطلب	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____ نعم, رقم السيارة	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____ نعم, رقم السيارة	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____ نعم, رقم السيارة	האם יש רכב בבעלותך? هل تملك سيارة؟
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____ نعم, رقم السيارة	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____ نعم, رقم السيارة	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____ نعم, رقم السيارة	האם יש רכב או אופנוע בשימוש קבוע? هل بحوزتك سيارة أو دراجة نارية لاستعمال دائم؟

לידיעתך: החוק מאפשר התחשבות בשימוש ברכב לצרכים רפואיים לתקופה ממושכת.
لعلمك: يسمح القانون بالمراعاة والنظر في استخدام السيارة للحاجات الطبية لفترة متواصلة.

האם הרכב שבבעלותך או בשימושך נדרש לצרכים רפואיים או לצרכי ניידות שלך או של בני משפחתך (בן/בת זוג, ילד, הורה בלבד)?
 هل يتم استخدام سيارتك، أو تلك الموجودة تحت تصرفك، لتلبية حاجات طبيّة خاصة بك أو بأحد أبناء عائلتك؟ (زوج/ة، ابن/ة أو والدة)?

לא
 كلا

כן, נא צרף אישורים רפואיים
 نعم, الرجاء إرفاق تقارير طبية

בעל רכב: אם אתה חולה לפחות 30 ימים רצופים, אתה רשאי להפקיד את הרישיונות במשרד הרישוי לתקופת המחלה. יש לצרף אישור מקורי ממשרד הרישוי.

صاحب السيارة: إن كنت مريضاً لمدة 30 يوماً متتاليًا، يجوز لك إيداع الرخص في دائرة السير خلال فترة المرض. يجب إرفاق تصديق أصلي من دائرة السير.

הסיבה להגשת התביעה

6

סיבת תדימ الطل

א. מדוע אתה מגיש את התביעה?

ما الدافع من تقديمك للطلب؟

ב. כיצד התקיימת בשנה האחרונה? (מה היו מקורות ההכנסה שלך ושל בן/בת זוגך? כיצד שולמו ההוצאות הבסיסיות שלך, כגון מיסים והוצאות הבית?)

كيف تدبرت مصاريفك خلال السنة السابقة؟ (ماذا كانت مصادر دخلك أنت وزوجتك؟ كيف قمت بتغطية المصاريف الأساسية، كالغذاء، الكهرباء، الضرائب، الفواتير، والمصاريف المنزلية؟)

ג. האם יש לך קשר עם עובד סוציאלי? לא כן, נא ציין: את שם העובד הסוציאלי: _____
 هل توجهت لعامل إجتماعي؟ كلا نعم, الرجاء تسجيل: اسم العامل الاجتماعي: _____

מספר טלפון של העובד הסוציאלי: _____ שם הלשכה: _____
 رقم هاتف العامل الاجتماعي: _____ اسم وعنوان دائرة الخدمات الإجتماعية: _____

**תעסוקה
العمل**

7

<u>תעסוקת התובע</u> <u>عمل مقدم الطلب</u>	<u>תעסוקת בן/בת הזוג</u> <u>عمل زوج/ة مقدم الطلب</u>
<p>האם אתה עובד היום? <input type="checkbox"/> כן, שם המעסיק _____ هل تعمل في الوقت الحاضر؟ <input type="checkbox"/> نعم, اسم صاحب العمل _____ מועד תחילת העבודה _____ היקף משרה(שעות שבועיות): _____ שכר ברוטו _____ ₪ מועד بداية العمل _____ نسبة الوظيفة (ساعات العمل الأسبوعية) _____ المعاش الإجمالي _____ ش.ج. <input type="checkbox"/> לא, מדוע? _____ كلا, لماذا؟ _____</p>	<p>האם אתה עובד היום? <input type="checkbox"/> כן, שם המעסיק _____ هل تعمل في الوقت الحاضر؟ <input type="checkbox"/> نعم, مكان العمل _____ מועד תחילת העבודה _____ היקף משרה(שעות שבועיות): _____ שכר ברוטו _____ ₪ מועד بداية العمل _____ نسبة الوظيفة (ساعات العمل الأسبوعية) _____ المعاش الإجمالي _____ ش.ج. <input type="checkbox"/> לא, מדוע? _____ كلا, لماذا؟ _____</p>
<p>האם עבדת בשנה האחרונה? <input type="checkbox"/> כן, שם המעסיק _____ هل عملت في السنة الماضية؟ <input type="checkbox"/> نعم, مكان العمل _____ תאריך הפסקת העבודה _____ تاريخ إنهاء العمل _____ <input type="checkbox"/> לא كلا</p>	<p>האם עבדת בשנה האחרונה? <input type="checkbox"/> כן, שם המעסיק _____ هل عملت في السنة الماضية؟ <input type="checkbox"/> نعم, مكان العمل _____ תאריך הפסקת העבודה _____ تاريخ إنهاء العمل _____ <input type="checkbox"/> לא كلا</p>
<p>האם שולמו לך פיצויים? <input type="checkbox"/> כן, סכום הפיצויים _____ ₪ هل حصلت على تعويضات؟ <input type="checkbox"/> نعم, قيمة التعويضات _____ ش.ج. <input type="checkbox"/> לא كلا</p>	<p>האם שולמו לך פיצויים? <input type="checkbox"/> כן, סכום הפיצויים _____ ₪ هل حصلت على تعويضات؟ <input type="checkbox"/> نعم, قيمة التعويضات _____ ش.ج. <input type="checkbox"/> לא كلا</p>

אם אתה עובד, נא צרף טופס אישור מעסיק "העסקת עובד" (אם אתה עובד אצל כמה מעסיקים, נא צרף טופס מכל מעסיק בנפרד. יש לצרף 3 תלושי שכר אחרונים).

الرجاء إرفاق تصديق "توظيف عامل" من مكان العمل (إن كنت تعمل لدى عدة مشغّلين، عليك إرفاق تصديق من جميع أماكن العمل وكشوف الرواتب للثلاثة أشهر الأخيرة).

פירוט הכנסות ונכסים חוץ מהכנסות מהמוסד לביטוח לאומי או הכנסות מעבודה
تفاصيل المدخولات والممتلكات ما عدا اي دخل تحصل عليه من التأمين الوطني أو دخل من مكان العمل

מקור הכנסה/נכס מصدر الدخل/الملك	לתובע لمقدم الطلب	לבן/בת הזוג للزوج/ة
פנסיה או רנטה בארץ או בחו"ל تقاعد أو مخصصات في البلاد وخارجها	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____ נعم, المبلغ:	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____ نعم, المبلغ:
תגמולים ממשרדי ממשלה: הביטחון, האוצר, הקליטה, הסוכנות מخصصات من الوزارت الحكومية: الدفاع, المالية, الإستيعاب, الوكالة اليهودية.	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____ נعم, المبلغ:	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____ نعم, المبلغ:
דמי שכירות מנכס رسوم إيجار مُلْكًا ما	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____ نعم, المبلغ:	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____ نعم, المبلغ:
מזונות نفقة	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____ נعم, المبلغ:	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____ نعم, المبلغ:
תמיכה כלכלית קבועה دعم إقتصادي ثابت	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____ נعم, المبلغ:	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____ نعم, المبلغ:
אחר: آخر:	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____ نعم, المبلغ:	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____ نعم, المبلغ:

האם אתה משלם מזונות? לא כן, יש לצרף פסק דין לתשלום מזונות והוכחות לתשלום.

هل تدفع نفقة؟ كلا نعم, عليك إرفاق قرار حكم النفقة وإثباتات الدفع.

נא לצרף אישורים המעידים על הכנסותיך (לדוגמה: הכנסה מפנסיה – תלוש פנסיה). الرجاء إرفاق مستندات إثبات عن مدخولاتك (مثلا: كشوفات رواتب).

פירוט נכסים שים לב - אם קיימים כמה נכסים, יש לציין את כולם - חובה לציין כן/לא
تفاصيل الممتلكات
انتبه - إذا كنت تملك عدة ممتلكات، أشر إلى جميعها - يجب التسجيل نعم/كلا

בן/בת זוג الزوج/ة	תובע مقدم الطلب	פרטי נכסים: מחסן, דירה, יחידת דיור, מבנה, חנות, קרקע, מגרש, משק חקלאי, עסק تفاصيل الممتلكات: مخزن، شقة، وحدة سكن، مبنى، دكان، أرض، مزرعة، مكان عمل
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ נעם, نوع الملك _____ כתובת הנכס _____ عنوان الملك _____ גוש וחלקה _____ حوض/قطعة _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ נעם, نوع الملك _____ כתובת הנכס _____ عنوان الملك _____ גוש וחלקה _____ حوض/قطعة _____	האם בבעלותך נכסים בארץ או בחו"ל هل لديك ممتلكات في البلاد أو خارج البلاد
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, יש לצרף חוזה שכירות נעם, عليك إرفاق عقد الإيجار	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, יש לצרף חוזה שכירות נעם, عليك إرفاق عقد الإيجار	האם הנכסים, יחידות הדיור שבבעלותך מושכרים או משמשים אדם אחר (גם אם לא נתתם חוזה שכירות) هل لديك ممتلكات مؤجرة أو شخص آخر يقوم باستخدامها (حتى وإن لم يكن عقد إيجار)
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, באיזו נבנתה הדירה? נעם, في أي ملك تم بناء الشقة? מי מתגורר בדירה? من يسكن هذه الشقة?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, באיזו נבנתה הדירה? נעם, في أي ملك تم بناء الشقة? מי מתגורר בדירה? من يسكن هذه الشقة?	האם בנכס שלך נבנו דירות נוספות המשמשות בן משפחה או אדם אחר? هل تم بناء شقق جديدة إضافية لممتلكاتك والتي يقوم باستخدامها أحد أفراد عائلتك أو شخص آخر?
שם האב _____ اسم الوالد _____ ת.ז. _____ رقم الهوية _____ שם האם _____ اسم الوالدة _____ ת.ז. _____ رقم الهوية _____ כתובת הדירה בה התגוררו _____ عنوان سكنهم _____	שם האב _____ اسم الوالد _____ ת.ז. _____ رقم الهوية _____ שם האם _____ اسم الوالدة _____ ת.ז. _____ رقم الهوية _____ כתובת הדירה בה התגוררו _____ عنوان سكنهم _____	יש למלא סעיף זה אם אחד מההורים אינו בחיים عليك تعبئة هذا البند إذا لم يكن أحد الوالدين على قيد الحياة
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ נעם, نوع الملك _____ ממי קבלת את הנכס? _____ ممن حصلت على الملك? יש לצרף צוואה, צו קיום צוואה או צו ירושה, כולל הצהרה מה ירשת عليك إرفاق الوصية, حصر الإرث وحلفان يمين توضح فيه ما هي حصتك من الإرث	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ נעם, نوع الملك _____ ממי קבלת את הנכס? _____ ممن حصلت على الملك? יש לצרף צוואה, צו קיום צוואה או צו ירושה, כולל הצהרה מה ירשת عليك إرفاق الوصية, حصر الإرث وحلفان يمين توضح فيه ما هي حصتك من الإرث	האם אתה או ילדך קיבלתם נכסים בירושה או מתנה, שלא רשומים על שמך או על שם ילדיך? هل حصلت أو حصل أحد أبنائك على ممتلكات بالميراث أو كهدية ولم تُسجل لكم بعد?

פרוט נכסים - המשך
تفاصيل الممتلكات - تكملة

<p><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ נعم, نوع الملك _____ ממי קבלת את הנכס? _____ מمن حصلت على الملك? _____</p> <p>יש לצרף צוואה, צו קיום צוואה או צו ירושה, כולל הצהרה מה ירשת עליך ארפאק الوصية, حصر الإرث وحلفان يمين توضح فيه ما هي حصتك من الإرث</p>	<p><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ נعم, نوع الملك _____ ממי קבלת את הנכס? _____ מمن حصلت على الملك? _____</p> <p>יש לצרף צוואה, צו קיום צוואה או צו ירושה, כולל הצהרה מה ירשת עליך ארפאק الوصية, حصر الإرث وحلفان يمين توضح فيه ما هي حصتك من الإرث</p>	<p>האם הסתלקת מירושה? هل خُرت من الميراث?</p>
<p><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ נعم, نوع الملك _____ כתובת הנכס _____ عنوان الملك _____</p> <p>יש לצרף חוזה מכירה או העברה של הנכס עליך ארפאק عقد بيع أو تحويل للملك</p>	<p><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ נعم, نوع الملك _____ כתובת הנכס _____ عنوان الملك _____</p> <p>יש לצרף חוזה מכירה או העברה של הנכס עליך ארפאק عقد بيع أو تحويل للملك</p>	<p>האם מכרת או נתת מתנה נכס/ים? هل بيعت أو أهديت ممتلكات?</p>

פרטי חשבון הבנק של התובע
تفاصيل حساب البنك لمقدم الطلب

10

להלן פרטי החשבון שיש להפקיד בו את תשלומי הגמלה, אם תאושר זכאותך. **في ما يلي تفاصيل الحساب التي يجب تحويل المخصصات إليه، في حال تمت المصادقة عليها.**

שמות בעלי החשבון (כולל שותפים)
أسماء أصحاب الحساب (يشمل الشركاء)

שם הבנק إسم البنك	שם הסניף וכתובתו اسم الفرع وعنوانه	מס' סניף رقم الفرع	מספר חשבון رقم الحساب	חשבון מוגבל حساب مוגבל
				<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא נعم كلا

הצהרת חשבונות בנק

11

تصريح عن حسابات البنك

האם קיימים על שמך, או על שם בן/בת הזוג, או על שם הילדים שבאחזקתך **חשבונות נוספים**, שלא מופיעים בטבלה לעיל מסוג: עו"ש פיקדונות שקליים, מט"ח, ניירות ערך, חסכונות, קרן השתלמות או כל השקעה אחרת. هل يوجد حسابات إضافية مسجلة على اسمك أو اسم زوج/تك أو أولادك وليست مسجلة في القائمة أعلاه من نوع: توفيرات في حسابات جارية بالشيكال, عملة أجنبية, ضمانات, توفيرات, صندوق التدريب أو أي استثمار آخر.

לא, אין חשבונות נוספים

כלא, لا يوجد حسابات إضافية.

כן, נא פרט בטבלה

نعم, فصل في القائمة رجاء

שם בעל החשבון اسم صاحب الحساب	מספר חשבון رقم الحساب	בבנק / בית השקעות بنك / مكتب استثمارات

נא לצרף להצהרתך, אישור או תדפיס ריכוז יתרות ותדפיס עו"ש מהבנק, עבור שלושת החודשים האחרונים מכל החשבונות הפעילים והמוגבלים.

الرجاء إرفاق تصريح, موافقة أو كشف الأرصدة وكشف للحسابات الجارية للأشهر الثلاثة الأخيرة من جميع الحسابات الفعالة والمحدودة.

אני החתום מטה, מצהיר כי על שמי או על שם בן/בת זוגי או על שמם של ילדי, לא קיימים חשבונות בנק נוספים מעבר למפורט. כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על פתיחת חשבונות בנק נוספים על שמי או על שם בן/בת זוג או על שם הילדים.

אני/ו מסכים/ים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

أنا الموقع أدناه, أصرح بأنني أنا وعائلتي أصحاب حسابات البنك المذكورة أعلاه وبأننا لا نملك أي حساب آخر. كما وأصرح بإبلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن فتح حسابات بنك جديدة لي, لزوجي/زوجتي أو للأولاد.

أوافق بأن تتوجه المؤسسة للبنك المذكور أعلاه, بواسطة الاتصالات المحوسبة, لغرض التحقق من ملكيتي لحساب البنك أعلاه وتزويدها بالمعلومات الضرورية لهذا الغرض. وبدلا من ذلك, معلوما لدي بأن المؤسسة تستطيع طلب مستندات وإثباتات إضافية من أجل التحقق من تفاصيل حساب البنك المصرح عنه أعلاه ويجب علي إرفاقها حسب الطلب.

שם התובע _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה X
اسم مقدم الطلب _____ رقم الهوية _____ التوقيع X

שם בן/בת הזוג _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה X
اسم الزوج/ة _____ رقم الهوية _____ التوقيع X

אני / אנו הח"מ התובע/ים גמלה להבטחת הכנסה מצהיר/ים בזה, כי כל הפרטים שמסרנו בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים.

ידוע לי/לנו, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה ע"פ חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים שהם בעלי חשיבות לעניין – דינו/דינה קנס כספי או מאסר.

ידוע לי/לנו, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרת/מסרנו בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי/נו לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני/אנו מתחייב/ים להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

כמו כן אני/אנו מתחייב/ים להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי, כגון מצב משפחתי, מקום מגורים, לימודים, עבודה, מקורות הכנסה ועל כל יציאה מהארץ.

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

□ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

אנא/نحن الموقع/ون أدناه المتقدم/ون بطلب تلقي مخصصات ضمان الدخل أصرّح/نصرّح بهذا بأن جميع التفاصيل التي قدّمت ضمن هذا الطلب وملاحقه صحيحة وكاملة.

أعلم/نعلم أنّ تزويد تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات تعتبر مخالفة للقانون, وأنّ الشخص الذي يقوم, بالعلم أو الاحتيال, للمصادقة على دفع المخصصات وفق هذا القانون, أو زيادتها عن طريق إخفاء تفاصيل ذات أهمية, سيعاقب/ستعاقب بدفع غرامة أو بالسجن.

أعلم/نعلم أنّ أيّ تغيير في أحد تفاصيل هذا الطلب أو ملاحقه قد يؤثر على استحقاقي للمخصصات أو على تراكم دين, لهذا ألتزم بالتبليغ عن أيّ تغيير خلال 30 يوم.

كما وألتزم/نلتزم بإبلاغ مؤسسة التأمين الوطني بأيّ تغيير في: الحالة الاجتماعية, مكان السكن, الدراسة, العمل, مصادر الدخل وأيّ سفر إلى خارج البلاد.

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 كاملاً أو جزئياً. كما ويجوز للبنك تزويد المؤسسة بتفاصيل الأشخاص الذين قاموا بسحب الأموال.

□ أوافق بهذا على نقل المعلومات الخاصة بي إلى المؤسسات التي تقدّم الامتيازات, إذا كنت مؤهلاً للحصول على هذه الامتيازات.

תאריך _____ חתימת התובע ✕ _____ חתימת בן/בת הזוג ✕ _____

כתב ויתור סודיות והרשאה למסירת מידע
 تصريح بالتنازل عن السرية وإتاحة نقل المعلومات

שם פרטי الاسم الشخصي	שם משפחה اسم العائلة	מספר זהות رقم الهوية
פרטי בן/בת הזוג تفاصيل الزوج/ة		
שם פרטי الاسم الشخصي	שם משפחה اسم العائلة	מספר זהות رقم الهوية

אני הח"מ נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו או לכל אדם אחר הפועל מטעם המוסד לביטוח לאומי או בעבורו, לקבל או למסור לביטוח לאומי כל מידע שיקבש על אודותי והמצוי ברשותכם, לרבות מידע על מצבי הרפואי, לרבות טיפולים בתחום הפסיכיאטרי, הסוציאלי, התפקודי או השיקומי בעבר ובהווה (כולל מידע בדבר סידור ילדי במסגרת חוץ ביתית) וכן כל מידע בדבר נכות רפואית או אחרת שנקבעה לי לפי חוק הביטוח הלאומי או לצורך ביצועו של החוק האמור, וכן מידע על גמלאות ועל תשלומים אחרים מהמוסד לביטוח לאומי שלהם אני זכאי או הייתו זכאי, וכל מידע או מסמך הדרושים להחלטת המוסד, או כל מוסד בנקאי או עובד של מוסד בנקאי, וכן פרטים על חשבונות הבנק שלי ושלנו, וזאת בקשר לתביעה לקבלת גמלה להבטחת הכנסה.

אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

أنا الموقع/ة أدناه أتيح بهذا لمؤسسة التأمين الوطني و/أو لجميع موظفيها و/أو كل من يمثلها ، بتلقي أو تزويد جميع المعلومات الخاصة بي والمتوفرة لديكم، بما في ذلك معلومات حول حالتي الصحية، العلاجات التي تلقيتها في المجال النفسي، الاجتماعي، الأدائي أو التأهيلي في السابق وفي الوضع الحالي (بما في ذلك أي ترتيب يخص تواجد أبنائي في أي إطار خارج المنزل)، إضافة إلى المعلومات بشأن عجري الصحي أو أي عجز آخر حدد وفق قانون التأمين الوطني أو بهدف تنفيذ القانون أعلاه، وجميع المعلومات بشأن المخصصات والدفعات الأخرى التي أستحق تلقيها من مؤسسة التأمين الوطني، وجميع المعلومات والمستندات اللازمة وفق قرار المؤسسة و/أو أي مؤسسة بنكية أو موظفيها، وتفاصيل حساباتنا البنكية، وذلك فيما يتعلق بطلب الحصول على مخصصات ضمان الدخل.

أوافق بهذا على نقل المعلومات الخاصة بي إلى المؤسسات التي تقدم الامتيازات, اذا كنت مؤهلاً للحصول على هذه الامتيازات.

תאריך	חתימת המבוטח *
التاريخ	توقيع مقدم الطلب *
תאריך	חתימת בן/בת זוג *
التاريخ	توقيع الزوج/ة *



המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות
הבטחת הכנסה
مؤسسة التأمين الوطني
مديرية المخصصات
ضمان الدخل

כתב ויתור על סודיות רפואית
רק למילוי ע"י התובע

تصريح بالتنازل عن السرية الطبية
للتعبئة من مقدم الطلب

שם הגמלה: הבטחת הכנסה
اسم المخصصات: ضمان الدخل

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)		מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[7] [8]	[] []

פרטים אישיים

التفاصيل الشخصية

קוד גמלה رمز المخصصات 07	מספר זהות/דרכון رقم الهوية/جواز السفر [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	תאריך תביעה تاريخ تقديم الطلب [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	שנה [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
חודש [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	יום [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	

חבר בקופת חולים

عضو في صندوق المرضى

כללית
 מאוחדת
 מכבי
 לאומית
 אחר
 כללית
 מנוחידית
 מקאבי
 לנומית
 אחר

הצהרה
تصريح

הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

אנא המידע, המזכורה תפאסילי אעلاه פי هذا الطلب, أنتنازل عن السرية الطبية وأطلب بهذا تزويد مؤسسة التأمين الوطني أو من يمثلها, بكل المعلومات عن مرضي, حالتي الصحية, العلاج الذي أتلقاه, نتائجه, أي ترتيب حول إطار خارج المنزل, أي معلومة كانت, كل مستند طبي أو تأهيلي أو نفسي عني شخصياً.

תאריך חתימת המבוטח _____ × חתימת בן/בת זוג _____ ×
 التاريخ توقيع مقدم الطلب _____ × توقيع الزوج/ة _____ ×



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
הבטחת הכנסה

مؤسسة التأمين الوطني
مديرية المخصصات
ضمان الدخل

<table border="1"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="12">מס' זהות / דרכון</td> </tr> </table>																מס' זהות / דרכון												לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' זהות / דרכון																												
<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">8</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">סוג המסמך</td> <td colspan="2">דפים</td> </tr> </table>				7	8			סוג המסמך		דפים																		
7	8																											
סוג המסמך		דפים																										

כתב ויתור על סודיות רפואית
רק למילוי ע"י בן/בת זוג

تصريح بالتنازل عن السرية الطبية
للتعبئة من زوج/ة مقدم/ة الطلب

שם הגמלה: הבטחת הכנסה
اسم المخصصات: ضمان الدخل

פרטים אישיים

التفاصيل الشخصية

<p>קוד גמלה رمز المخصصات</p> <p style="text-align: center; font-size: 24px;">07</p>	<p>מספר זהות/דרכון رقم الهوية/جواز السفر</p> <p style="text-align: center;"> <table border="1"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="12" style="text-align: center;">שנה חודש יום</td> </tr> </table> </p>													שנה חודש יום												<p>תאריך תביעה تاريخ تقديم الطلب</p> <p style="text-align: center;"> <table border="1"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="12" style="text-align: center;">שנה חודש יום</td> </tr> </table> </p>													שנה חודש יום											
שנה חודש יום																																																		
שנה חודש יום																																																		
<p>שם פרטי الاسم الشخصي</p>			<p>שם משפחה اسم العائلة</p>																																															

חבר בקופת חולים

عضو في صندوق المرضى

כללית מאוחדת מכבי לאומית אחר _____
 קאלית מנוחידית מקאבי לנומית אחר _____

הצהרה
تصريح

הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

אני המופיע אדאנה, המזכורה תפאסילי אעלה פי هذا الطلب, أتنازل عن السرية الطبية وأطلب بهذا تزويد مؤسسة التأمين الوطني أو من يمثلها, بكل المعلومات عن مرضي, حالتي الصحية, العلاج الذي أتلقاه, نتائجه, أي ترتيب حول إطار خارج المنزل, أي معلومة كانت, كل مستند طبي أو تأهيلي أو نفسي عني شخصياً.

תאריך חתימת המבוטח _____ חתימת בן/בת זוג _____
 التاريخ توقيع مقدم الطلب _____ توقيع الزوج/ة _____

המוסד לביטוח לאומי
 مؤسسة التأمين الوطني



שירות התעסוקה הישראלי

אישור המעסיק על העסקת עובד

יש להגיש את האישור לשני המשרדים: 1. לשירות התעסוקה 2. לביטוח לאומי, למעט המקרים הבאים, בהם יוגש האישור רק בביטוח לאומי:
 ✖ עובד בהיקף של 40 שעות שבועיות ומעלה.
 ✖ עובד במשק בית או טיפול בילדים בהיקף של 25 שעות שבועיות ומעלה.
 ✖ עובד בטיפול בקשישים בהיקף של 15 שעות שבועיות ומעלה או המטפל בשלושה קשישים לפחות.
 ✖ עובד כקופאי ברשתות מזון בהיקף של 36 שעות שבועיות ומעלה.
 يجب تسليم هذا المستند لكلا المكتبين: 1. مكتب التوظيف (مكتب العمل) 2. للتأمين الوطني, ما عدا في الحالات التالية التي يتم تسليم هذا المستند للتأمين الوطني فقط:
 ✖ عامل بوظيفة 40 ساعة أسبوعيا وما فوق.
 ✖ عامل في التدبير المنزلي أو رعاية الأطفال بوظيفة 25 ساعة أسبوعيا وما فوق.
 ✖ عامل في رعاية المسنين بوظيفة 15 ساعة أسبوعيا وما فوق أو من يرعى 3 مسنين على الأقل.
 ✖ يعمل كأمين صندوق في شبكات الغذاء (بوظيفة 36 ساعة أسبوعيا وما فوق).

פרטים על העובד

تفاصيل العامل

שם משפחה إسم العائلة	שם פרטי الإسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية
-------------------------	-------------------------	-------------------------

פרטים על עבודה והיקף משרה

تفاصيل حول العمل ونسبة الوظيفة

הנ"ל מועסק אצלי על בסיס עובד חודשי/יומי. היקף משרה: מלאה חלקית % המשרה _____
 يعمل الموظف أعلاه لدي : شهري/يومي. نسبة الوظيفة : كاملة جزئية % نسبة الوظيفة _____
 אם העובד מטפל בקשישים, יש לציין את מספר הקשישים שבהם אתה מטפל _____
 هل يعمل الموظف برعاية المسنين, يجب تسجيل عدد المسنين الذين تقوم برعايتهم _____
 קיימת אפשרות להגדיל את היקף המשרה לא כן, ב- _____ שעות בשבוע
 هناك إمكانية لزيادة نسبة الوظيفة كلا نعم, ب- _____ ساعة يوميا

תאריך תחילת העבודה تاريخ بداية العمل	מס' שעות עבודה בשבוע عدد ساعات العمل أسبوعيا	סה"כ שעות עבודה בחודש عدد ساعات العمل شهريا
---	---	--

תשלומים

الدفعات

פירוט השכר ברוטו ל- 3 החודשים האחרונים (כולל נסיעות)
 إجمالي الراتب للأشهر الثلاثة الأخيرة (يشمل السفریات)

חודש _____ סך _____
 شهر _____ إجمالي الراتب _____ ש.ש. _____
 חודש _____ סך _____
 شهر _____ إجمالي الراتب _____ ש.ש. _____
 חודש _____ סך _____
 شهر _____ إجمالي الراتب _____ ש.ש. _____

באיזה אופן משולם השכר?

كيفية دفع الراتب؟

לחשבון הבנק בהמחאה במזומן

يحوّل لحساب البنك شيك نقدا

לשימוש המוסד לביטוח לאומי

لاستعمال مؤسسة التأمين الوطني

תשלומים נוספים (כגון משכורת 13, בונוסים)
 الدفعات الإضافية (كالراتب 13, زيادات)

ביגוד לא
 ملابس כלא

כן, סכום _____ תאריך תשלום אחרון _____

נعم, المبلغ _____ تاريخ الدفعة الأخيرة _____

הבראה לא
 نقاهة כלא

כן, סכום _____ תאריך תשלום אחרון _____

נعم, المبلغ _____ تاريخ الدفعة الأخيرة _____

האם תשלומי הבראה מועברים בתשלום אחד או יותר?
 هل يتم تحويل دفعات النقاهة بدفعة واحدة أو أكثر؟

כן לא, מס' תשלומים _____

נعم, כלא, عدد الدفعات _____

תשלומים אחרים
 دفعات أخرى

לא
 כלא

כן, בעבור _____

נعم, مقابل _____

סכום _____ ש.ש. _____ תאריך תשלום אחרון _____

المبلغ _____ ש.ש. _____ تاريخ الدفعة الأخيرة _____

פרטים נוספים

تفاصيل إضافية

לשימוש המוסד לביטוח לאומי

لاستخدام التأمين الوطني

האם קיים קשר משפחתי בינך לבין העובד?
 هل توجد قرابة عائلية بينك وبين المشغل?
 לא כן, רשום את סוג הקרבה: _____
 כלא נعم, סגל نوع القرابة _____

קשרי משפחה
 قرابة عائلية

האם העובד משתמש ברכב המעסיק?
 هل يستخدم العامل سيارة المشغل?
 לא כן, רשום את מספר הרישוי: _____
 כלא נعم, סגל رقم الترخيص: _____

שימוש ברכב
 המעסיק

האם העובד משתמש ברכב לאחר שעות
 העבודה?
 هل يستخدم العامل السيارة بعد ساعات الدوام?
 לא כן

נعم כלא

استخدام سيارة
 للمشغل

פרטי המעסיק		לשימוש שני המשרדים	
תفاصيل صاحب العمل		لاستخدام كلا المكتبين	
שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية	
שם המעסיק/מפעל/קיבוץ/מעביד اسم المشغل/المصنع/كيبوتس	<input type="checkbox"/> אין תיק ניכויים لا يوجد ملف خصومات	<input type="checkbox"/> מספר תיק ניכויים رقم ملف الخصومات	
טלפון رقم الهاتف	טלפון נייד الهاتف الخليوي	מספר פקס رقم الفاكس	
כתובת, מס' בית, ישוב, מיקוד العنوان, رقم البيت, البلدة, الرمز البريدي			
<p>אני מצהיר שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומלאים וידוע לי שלפי סעיפים 414 ו-418 – לחוק העונשין תשל"ז – 1977 עשיית מסמך הנחזה להיות את אשר איננו או העשוי להטעות, היא עברה פלילית שדינה מאסר עד 5 שנים</p> <p>أصرح بأن جميع التفاصيل المسجلة أعلاه صحيحة وكاملة، وأعلم إنه وفق المادتين 414 و 418 من قانون العقوبات للعام 1977، فإنّ تعبئة تفاصيل خاطئة في هذه الاستمارة تعتبر مخالفة جنائية عقوبتها السجن حتى 5 سنوات.</p>			
תאריך التاريخ	חתימה ✕	חותמת המעביד	
	التوقيع ✕	ختم صاحب العمل	

המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות
הבטחת הכנסה



מוססה התאמין الوطني
مديرية المخصصات
ضمان الدخل

נספח – הפניה ללשכת התעסוקה
ملحق – توجيه لمكتب العمل

יש למלא טופס זה ולמסור אותו בלשכת התעסוקה, כדי לקבל עבודה התואמת את מצב בריאותך.

عليك تعبئة هذا الطلب وتسليمه لمكتب العمل, للحصول على وظيفة تناسب وضعك الصحي.

הצהרה לשירות התעסוקה
تصريح لمكتب العمل

תאריך: _____
التاريخ: _____

לכבוד/ לחצרה
שירות התעסוקה/ מכתב العمل
לשכה/פרע: _____

פרטי התובע

תفاصيل مقدم الطلب

אני מצהיר בזאת שאני הח"מ הגשתי תביעה להבטחת הכנסה בתאריך _____ בסניף _____	
أصرح بهذا بأنني أنا الموقع أدناه تقدمت بطلب الحصول على مخصصات ضمان الدخل في تاريخ _____ في فرع _____	
שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي
מספר זהות رقم الهوية ב.0	

אני מצהיר בזאת, כי ידוע לי שעלי לפנות מיד לשירות התעסוקה, להתייצב כפי שיידרש ממני, ולקבל כל עבודה מתאימה שתוצע לי.
صرح بهذا بأنني أعلم بوجود التوجه فوراً إلى مكتب العمل, المثول هناك كما يُطلب مني وقبول أي وظيفة مقترحة قد تناسبني.

איני עובד אני עובד בהיקף של _____ שעות בשבוע, אצל: _____
 لا أعمل أعمل في وظيفة بنسبة _____ ساعات أسبوعياً, لدى: _____

ידוע לי, כי לעניין חוק הבטחת הכנסה "עבודה מתאימה" היא כל עבודה המתאימה למצבי הבריאותי ולכשרי הגופני, וכי עלי להירשם כתובע הבטחת הכנסה. כן ידוע לי, שאם לא אנהג לפי הוראות שירות התעסוקה, או שאסרב לקבל כל עבודה מתאימה שיציעו לי, יגרום הדבר לשלילת הזכאות לגמלה להבטחת הכנסה לחודש הסירוב ולחודש שאחריו. אני מסכים בזאת שהמוסד לביטוח לאומי יעביר לשירות התעסוקה כל מידע או תיעוד על אודותי הנמצא בידי, והדרוש לצורך טיפול בהשמתי בעבודה.

أعلم أنه وفق قانون ضمان الدخل، فإن "الوظيفة المناسبة" هي تلك التي تناسب حالتي الصحية وقدرتي الجسدية، وبأنه علي أن أسجل كطالب لضمان الدخل. وأعلم أيضاً بأنه إن لم أتبع تعليمات مكتب العمل، أو قمت برفض أي وظيفة مناسبة، سيؤدي ذلك إلى إلغاء استحقاقي للحصول على مخصصات ضمان الدخل عن شهر الرفض والشهر الذي يليه. أوافق بهذا على قيام مؤسسة التأمين الوطني بتزويد مكتب العمل بجميع المعلومات والوثائق الخاصة بي والمتوفرة لديها، واللازمة لتوظيفي.

אני מצהיר בזאת כי (נא סמן את הסעיף המתאים):

أصرح بهذا بأنني (الرجاء اختيار البند المناسب):

- לא הגשתי תביעה לנכות למוסד לביטוח לאומי הגשתי תביעה לנכות כללית למוסד לביטוח לאומי
لم أقدم طلب لتلقي مخصصات عجز لمؤسسة التأمين الوطني قدمت بتقديم طلب لتلقي مخصصات عجز لمؤسسة التأمين الوطني
- המוסד לביטוח לאומי אישר לי _____% נכות התקפים למועד זה. מצ"ב קביעת מחלקת נכות.
وافقت مؤسسة التأمين الوطني على نسبة _____% عجز صالحة لهذا الموعد. مرفق تقرير قسم العجز.

חתימת התובע תאריך _____
توقيع مقدم الطلب التاريخ _____

פרטי בן/בת זוג

תفاصيل الزوج/ة

אני מצהיר בזאת שאני הח"מ הגשתי תביעה להבטחת הכנסה בתאריך _____ בסניף _____
 אصرّح بهذا بأنّي أنا الموقع أدناه تقدّمت بطلب الحصول على مخصّصات ضمان الدخل في تاريخ _____ في فرع _____

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية ב.0.

אני מצהיר בזאת, כי ידוע לי שעלי לפנות מיד לשירות התעסוקה, להתייצב כפי שיירש ממני, ולקבל כל עבודה מתאימה שתוצע לי.
 صرّح بهذا بأنّي اعلم بوجوب التوجّه فورًا إلى مكتب العمل، المثول هناك كما يُطلب مني وقبول أيّ وظيفة مقترحة قد تناسبني.

אינני עובד אני עובד בהיקף של _____ שעות בשבוע, אצל: _____
 لا أعمل أعمل في وظيفة بنسبة _____ ساعات أسبوعيا, لدى: _____

ידוע לי, כי לעניין חוק הבטחת הכנסה "עבודה מתאימה" היא כל עבודה המתאימה למצבי הבריאותי ולכושרי הגופני, וכי עלי להירשם כתובע הבטחת הכנסה. כן ידוע לי, שאם לא אנהג לפי הוראות שירות התעסוקה, או שאסרב לקבל כל עבודה מתאימה שיציעו לי, יגרום הדבר לשלילת הזכאות לגמלה להבטחת הכנסה לחודש הסירוב ולחודש שאחריו. אני מסכים בזאת שהמוסד לביטוח לאומי יעביר לשירות התעסוקה כל מידע או תיעוד על אודותיי הנמצא בידיו, והדרוש לצורך טיפול בהשמתי בעבודה.

اعلم أنّه وفق قانون ضمان الدخل، فإنّ " الوظيفة المناسبة" هي تلك التي تناسب حالتي الصحيّة وقدرتي الجسديّة، وبأنّه عليّ أنّ أسجل كطالب لضمان الدخل. وأعلم أيضا بأنه إن لم أتبع تعليمات مكتب العمل، أو قمت برفض أيّ وظيفة مناسبة، سيؤدي ذلك إلى إلغاء استحقاقي للحصول على مخصّصات ضمان الدخل عن شهر الرفض والشهر الذي يليه. أوافق بهذا على قيام مؤسسة التأمين الوطني بتزويد مكتب العمل بجميع المعلومات والوثائق الخاصّة بي والمتوقّرة لديها، واللازمة لتوظيفي.

אני מצהיר בזאת כי (נא סמן את הסעיף המתאים):
 أصرح بهذا بأنّي (الرجاء اختيار البند المناسب):

לא הגשתי תביעה לנכות למוסד לביטוח לאומי הגשתי תביעה לנכות כללית למוסד לביטוח לאומי
 لم أقدم طلب لتلقي مخصّصات عجز لمؤسسة التأمين الوطني قمت بتقديم طلب لتلقي مخصّصات عجز لمؤسسة التأمين الوطني
 המוסד לביטוח לאומי אישר לי % _____ נכות התקפים למועד זה. מצ"ב קביעת מחלקת נכות.
 وافقت مؤسسة التأمين الوطني على نسبة _____ % عجز صالحة لهذا الموعد. مرفق تقرير قسم العجز.

חתימת התובע ✕ _____ תאריך _____
 توقيع مقدم الطلب ✕ _____ التاريخ _____

מסמכים ואישורים שיש לצרף לתביעת הבטחת הכנסה

המסמכים והאישורים שיש לצרף לתביעת הבטחת הכנסה

<p>לכל התובעים</p> <p>לجميع مقدمى الطلب</p>	<p>צילום תעודת זהות מעודכנת – כולל ספח صورة عن بطاقة الهوية – تشمل الملحق</p> <p>אם יש לך ילדים בני 24 – 18 באחת המסגרות: לימודים תיכוניים, התנדבות למטרה ציבורית, עבודה, מסגרת קדם צבאית – יש לצרף אישור מוסמך מהמסגרת המתאימה.</p> <p>אذا كان لديك أولاد في جيل 18-24 ويتواجد في إحدى الأطارات التالية: دراسة ثانوية, تطوع لهدف جمهوري, إطار ما قبل الجيش – يجب إرفاق تصريح مؤهل من المؤسسة المناسبة.</p> <p>אישורים מכל הבנקים בהם יש לך חסכונות, פיקדונות וקופות גמל. إثباتات من جميع البنوك التي تملك فيها برامج توفير وإدخار.</p> <p>פירוט דפי עו"ש משלושת החודשים האחרונים, מכל הבנקים בהם אתה מנהל חשבון. كشف جميع حسابات البنك الجارية للأشهر الثلاثة الأخيرة.</p>
<p>עובד</p> <p>عامل أجير</p>	<p>טופס אישור מעסיק על העסקת עובד. طلب تصريح صاحب العمل عن توظيف العامل.</p> <p>שלושה תלושי שכר אחרונים. كشوفات الراتب للأشهر الثلاثة الأخيرة</p>
<p>מחוסר עבודה</p> <p>عاطل عن العمل</p>	<p>אישור על מועד הפסקת העבודה שלך או של בן/בת זוגך تصريح عن تاريخ توقفك أو توقف زوج/تك عن العمل</p>
<p>הכשרה מקצועית או לימודים</p> <p>تأهيل مهني أو تعليم</p>	<p>אישור ממקום הלימודים ובו ציון תאריך תחילת הלימודים וסיומם. تصريح من مؤسسة التعليم يشمل تاريخ بداية التعليم ونهايته.</p> <p>תלמיד בהכשרה מקצועית- אישור השתתפות בלימודים בחודש הראשון ומדי חודש בחודשו طالب في تأهيل مهني – تصريح اشتراك في التعليم عن الشهر الأول وعن كل شهر فيما بعد.</p>
<p>אשפוז או מחלה- כאשר אינך מסוגל לעבוד 30 ימים רצופים לפחות</p> <p>مكوث في المستشفى أو مرض – في حالة عدم قدرتك على العمل لمدة لا تقل عن 30</p>	<p>תעודה רפואית המציינת אי כושר לעבודה מתאריך עד תאריך. تقرير طبي يبين عدم القدرة على العمل من تاريخ وحتى تاريخ.</p> <p>אם עבדת עד מחלתך – יש להמציא לנו תלוש שכר ואישור מעסיק או חברת הביטוח על זכאותך לדמי מחלה המפרט: מספר ימי מחלה הכלולים בתשלום (מתאריך עד תאריך), ועבור אילו חודשים בוצע התשלום. أذا عملت حتى تاريخ مرضك – يجب إرفاق كشف الراتب وتصريح صاحب العمل أو شركة التأمين عن استحقاقك لإجازة مرضية والذي يفصل: عدد أيام الإجازة المرضية التي شملت في الدفع (من تاريخ حتى تاريخ), وعن أية أشهر تم الدفع.</p>
<p>פרודה</p> <p>منفصلة</p>	<p>אישור על הגשת תביעה למזונות, או פסק דין למזונות. موافقة عن تقديم طلب نفقة أو قرار بحكم النفقة.</p> <p>אם לא הגשת בקשה למזונות ואת פרודה פחות מ-12 חודשים – עלייך להגיש תביעה למזונות إذا كنت منفصلة لفترة أقل من 12 شهرا ولم تقدمي طلب للنفقة – يجب عليك تقديم طلب النفقة</p> <p>אם את פרודה יותר מ-12 חודשים, או אם בן זוגך מקבל קצבת נכות כללית או גמלה להבטחת הכנסה – אין צורך בהגשת תביעה למזונות. إذا كنت منفصلة لفترة أكثر من 12 شهرا أو إذا كان زوجك يتلقى مخصصات عجز أو مخصصات ضمان دخل – لست بحاجة لتقديم طلب النفقة.</p>
<p>גרוש או רווק עם ילדים</p> <p>مطلق أو أعزب مع أولاد</p>	<p>הסכם גירושין או פסק דין למזונות או הסכם ממון. اتفاقية الطلاق أو قرار بحكم النفقة أو الاتفاقية المالية.</p>

מסמכים ואישורים נדרשים – המשך

المستندات والاثباتات المطلوبة – تكملة

<p>אישור מרופא נשים המציין את מועד תחילת ההריון או שבוע ההריון. إثبات من طبيب النساء يبيّن تاريخ بداية الحمل أو أسبوع الحمل</p>	<p>אישה הרה امرأة حامل</p>
<p>אישור משטרה או שירות בתי הסוהר על תחילת מעצר או מאסר ותאריך סיום מלא ובניכוי שלישי. تصريح من الشرطة أو دائرة السجون عن تاريخ التوقيف أو الحبس, تاريخ نهاية المدة كاملة وتاريخ خصم ثلث المدة.</p>	<p>בן/בת זוג במעצר או במאסר زوج/ة أسيرة</p>
<p>אישור על ביצוע עבודות שירות מהממונה על עבודות השירות. تصريح عن تنفيذ حكم إداري بالأعمال من المسؤول عن العمل لخدمة الجمهور.</p>	<p>אסיר בעבודות חוץ أسير في أعمال خارجية</p>
<p>צו בית משפט על קביעת מעצר בית. قرار حكم الحبس הביתי. אישור בית משפט או עורך דין על מועד הדין הבא. إثبات من المحكمة أو المحامي عن موعد الجلسة القادمة.</p>	<p>מעצר בית או פיקוח על מעצר أسير في حبس منزلي أو إشراف على أسير في حبس بيتي</p>
<p>אישור על תאריך תחילת שהותך במרכז הגמילה ואישור חודשי על שיתוף פעולה. تصريح عن تاريخ بداية مكوثك في مركز الفطام وإثبات شهري عن مشاركة في برنامج الفطام. אם אתה בטיפול המחלקה לשירותים חברתיים – יש לצרף את תכנית הטיפול. إذا كنت ضمن برنامج رعاية من قبل قسم الخدمات الإجتماعية – يجب إرفاق جدول البرنامج.</p>	<p>גמילה מסמים או מאלכוהול فطام من مخدرات أو من كحول</p>
<p>אישור על תחילת תהליך השיקום, אישור על שיתוף פעולה בכל חודש. تصريح عن بداية برنامج التأهيل, إثبات شهري عن مشاركة في البرنامج.</p>	<p>מרכז שיקום ואבחון או תכנית שיקומית مركز تأهيل وتشخيص أو برنامج تأهيلي</p>
<p>דו"ח מהרשות לשיקום האסיר על תהליך השיקום, משך התקופה ואישורי השתתפות. تقرير من المؤسسة لتأهيل الأسير عن برنامج التأهيل, فترة التأهيل وإثباتات عن المشاركة في البرنامج.</p>	<p>שיקום האסיר تأهيل الأسير</p>
<p>אישור או פרוטוקול של החלטת ועדה מהלשכה לשירותים חברתיים. تصريح أو تلخيص عن قرار اللجنة من مكتب الشؤون الاجتماعية.</p>	<p>קטין נטוש או יתום قاصر مهجور أو يتيم</p>
<p>אישור רפואי בו יצוין הצורך בהשגחה תמימית על החולה. تقرير طبي يوضح ضرورة العناية المتواصلة للمريض.</p>	<p>השגחה عناية</p>
<p>אישור על תאריך כניסה למקלט לנפגעות אלימות, אם יצאת מהמקלט – תאריך יציאה. تصريح عن تاريخ الدخول لملاجأ ضحايا العنف, وتاريخ الخروج – في حالة خروجك.</p>	<p>אישה במקלט امرأة بملجأ</p>
<p>אישור ממקום הלימודים וכן תאריך תחילת הלימודים וסיימם. פירוט ימים ושעות הלימוד. تصريح من مؤسسة التعليم يشمل تاريخ بداية ونهاية التعليم, تفاصيل أيام وساعات التعليم.</p>	<p>לימודים באולפן تعليم في مركز للغات (للقادمين الجدد)</p>
<p>אם אתה בטיפול המחלקה לשירותים חברתיים, יש לצרף דוח של עובד סוציאלי המטפל בך. إذا كنت في رعاية قسم الخدمات الاجتماعية, يجب إرفاق تقرير من العامل الاجتماعي الذي يقوم برعايتك.</p>	<p>דר רחוב</p>

באפשרותך למלא את טופס התביעה ולשלוח את המסמכים און ליין (באופן מקוון) באמצעות אתר האינטרנט

www.btl.gov.il

بإمكانك تعبئة الطلب وارسال المستندات اللازمة مباشرة (بواسطة الانترنت) في موقع الانترنت www.btl.gov.il