



## תביעה לדמי מחייה בעד יתום הזכאי לקצבת תלויים בנפגעי עבודה

### חובה לצרף לטופס זה

- ↪ אישור מבית הספר בו לומד הילד, בו תצוין הכיתה בה הוא לומד ומספר שעות הלימוד. יש לצרף אישור מחודש ספטמבר של שנת הלימודים הנוכחית.
- ↪ אישורים על הכנסות מכל המקורות מעודכנים לחודש ספטמבר של אותה שנת הלימודים.
- ↪ במידה שהילד מוחזק על ידי גוף ציבורי, יש להמציא אישור מהגוף המחזיק בילד בו יפורט סכום ההחזקה החודשית ועבור מה היא ניתנת.

### לידיעתך

- ↪ על פי חוק, לא תשולם הקצבה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ↪ **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
  - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il), ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
  - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
  - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ↪ לשאלות ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



## פרטי תובע הגמלה

שם משפחה		שם פרטי		מס. ת.ז.		מין: <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	
מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> ידוע בציבור							
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות</b>							
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני			
<b>אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:</b>							
שם משפחה איש קשר		שם פרטי איש קשר		מס' זהות איש קשר		ס"ב	
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעיתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.							
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>							
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה	

## פרטי הכנסות

## הכנסה חודשית של ההורה

שים לב: יש לסמן גם אם אין הכנסות.

סכום הכנסות לחודש	הכנסות ההורה		מקור
	אין הכנסות	יש הכנסות	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה שכירה
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה עצמאית
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פנסיה מעבודה
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	רנטה מחו"ל
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמולים
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שכר דירה
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אחר, פרט _____

## הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין 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 בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים. 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.  אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

חתימת התובע ✕

תאריך \_\_\_\_\_