



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
שיקום

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

לכבוד
פקיד/ת שיקום
סניף _____

הנדון: הצהרה דמי שיקום

למילוי רק על ידי מבוטח הזכאי לתשלום דמי שיקום

1

פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.

2

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי בעת השתתפותי בתכנית שיקום:

- ☐ איני עובד ואיני משתכר מעבודה כלשהיא.
- ☐ אני עובד ומשתכר שכר חודשי בסך _____ ₪ - יש להמציא תלוש שכר עדכני.
- ☐ בן זוגי אינו עובד ואינו משתכר מעבודה כלשהיא.
- אם אתה נפגע עבודה או אלמן – יש לצרף תלושי שכר שלך בלבד.
- ☐ בן זוגי עובד ומשתכר שכר חודשי בסך _____ ₪ - יש להמציא תלוש שכר עדכני (לצורך בדיקת זכאות לתוספת עבור בן/בת זוג)

אם במהלך תקופת ההכשרה ישתנה מצבי התעסוקתי, או גובה השכר שלי, אני מתחייב להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי, מחלקת שיקום סניף _____

בכבוד רב,

תאריך _____ שם המצהיר _____ חתימה * _____