



תביעה לדמי מחייה בעד יתום הזכאי לקצבת שאירים

חובה לצרף לטופס זה

- ✎ אישור מבית הספר התיכון או הכשרה מקצועית בו לומד הילד - באישור תצוין הכיתה בה הוא לומד.
- ✎ ילד עד גיל 20 הלומד במוסד חינוכי (לא תיכון) – יש לצרף אישור בו יצוינו מספר שעות לימוד שבועיות.
- ✎ במידה והילד מוחזק ע"י גוף ציבורי, יש להמציא אישור מהגוף המחזיק בילד, בו יפורט סכום האחזקה החודשית ועבור מה היא ניתנת.
- ✎ אישורים על לימודים והכנסות שיצורפו יהיו מעודכנים לחודש ספטמבר של שנת הלימודים.

לידיעתך

- ✎ הגמלה תשולם בעד תקופה רטרואקטיבית של עד 12 חודשים מיום הגשת התביעה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ✎ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - 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 וברורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

עמוד 1 מתוך 2



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף קצבאות אזרחים
ותיקים ושירים

**תביעה לדמי מחיה בעד יתום
הזכאי לקצבת שאירים בשנת
הלימודים _____**

מס' זהות / דרכון _____ סוג המסמך 0 1	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
---	---------------------------	-------------------

	מספר זהות המנוח
--	-----------------

1

פרטי הילדים הלומדים בבית ספר תיכון או נמצאים בהכשרה מקצועית ילדים עד גיל 20 הלומדים במוסד חינוכי (לא תיכון)

ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	
			שם הילד
			מס' זהות
			תאריך לידה
			שם המוסד החינוכי
			כיתת לימוד
			מס' שעות הלימוד בשבוע
			אם אינו גר בבית, נא לפרט היכן גר וע"י מי מוחזק

2

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			
כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשורת			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי/נייד	טלפון פקס	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	
_____	_____	_____	
<input type="checkbox"/> 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 הרשומה למעלה)			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
מיקוד	יישוב	מיקוד	

מקור הכנסה	נא לסמן ליד כל אחד ממקורות ההכנסה המפורטים "יש" או "אין"
1. עבודה שכירה	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ ₪ ברוטו
2. עבודה עצמאית	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ ₪ ברוטו
3. פנסיה מעבודה	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ ₪ ברוטו
4. פנסיית שאירים מכוח המנוח/ה, עבורך ועבור הילדים	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ ₪ ברוטו
5. פנסיה בחו"ל	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ ₪ ברוטו
6. רנטה בחו"ל	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ ₪ ברוטו
7. תגמולים ממשרד הביטחון או האוצר	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ ₪ ברוטו
8. דמי שכירות עבורך ועבור הילדים מדירה/קרקע/חנות/מבנה	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ ₪ ברוטו
9. ריבית מחסכונות או דיווידנד ממניות	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ ₪ ברוטו
10. אחר _____ (נא לפרט סוג הכנסה וגובהה)	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____ ₪ ברוטו

נא לצרף אישורים המעידים על הכנסותיך (כגון: תלושי שכר, פנסיה, חוזה שכירות וכד').

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בודיעין 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 כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/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.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעדכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

כמו כן, אני מתחייב להודיע על כל שינוי במצב המשפחתי – נישואין/ידוע בציבור.

תאריך _____ חתימת התובע