



תביעה למענק מעבר בגין העלאת גיל הפרישה

חובה לצרף לטופס זה

- ↪ אישור הפסקת עבודה מהמעסיק - אם היית שכירה ב-6 חודשים האחרונים.
- ↪ הצהרה האם הכנסותיך ההוניות עולות על 60,000 ₪ בשנה – סעיף 3 בטופס.
- ↪ אם החותם על התביעה אינו התובעת עצמה, יש לצרף ייפוי כוח, צו אפוטרופוס או פסק דין – אם ישנו.
- ↪ לפני הגשת התביעה – בדקי האם יש מסמכים נוספים (לא להרשומים לעיל) שעלייך לצרף, בהתאם להנחיות בתביעה.

לידיעתך

- ↪ המענק מיועד לנשים ילידות 1960 ועד 1966.
- ↪ הזכאות למענק נבחנת בגיל 62. המענק משולם למשך 4 חודשים לכל היותר.
- ↪ לא ניתן לשלם מענק מעבר לאישה הזכאית לגמלת נכות כללית, אבטלה, הבטחת הכנסה או מזונות.
- ↪ לא ניתן לשלם מענק מעבר לאישה שעובדת כשכירה או כעצמאית.
- ↪ אם היית עצמאית - עליך לסגור את התיק כעצמאית במחלקת הגבייה.
- ↪ על פי החוק ניתן לבחון את אישור תשלום המענק בעד תקופה רטרואקטיבית של 24 חודשים בלבד.
- ↪ באפשרותך להזמין קוד אישי לאתר האינטרנט של המוסד, באמצעותו להיכנס לתיקך האישי באתר "שירות אישי" ולקבל מידע על תביעתך. את הקוד ניתן להזמין באתר הביטוח הלאומי או בסניף הקרוב למקום מגוריך.

כיצד יש להגיש את התביעה

↪ את טופס התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:

- למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי 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. כתובת: www.btl.gov.il.
- לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.

- ↪ לשאלות וביירוים ניתן להתקשר למוקד הטלפוני *6050 או 04-8812345, לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il, או להתקשר למרכז התמיכה והמידע הארצי של שירות הייעוץ לאזרח הוותיק ומשפחתו בטלפון *9696 או 6709857 – 02.

יש להגיש את טופס התביעה חתום - טופס שיוגש לא חתום יוחזר לתובעת



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף קצבאות אזרחים
ותיקים ושירים

**תביעה למענק מעבר בגין
העלאת גיל הפרישה**

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך		דפים							
0	1								

1

פרטי התובעת

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

טלפון ופרטי התקשרות

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 מסרבת לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרבת", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי, יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

2

עיסוקים מגיל 62 ועד גיל 62 ו-4 חודשים

אני ממשיכה לעבוד

לא עבדתי

הפסקתי לעבוד/אפסיק לעבוד בתאריך _____

אם הפסקת לעבוד בחצי השנה האחרונה, וטרם מלאו לך 63 שנים, יש לצרף אישור מעסיק על תאריך הפסקת העבודה ולציין את סיבת הפסקת העבודה:

פיטורין התפטרות חופשה ללא תשלום ביוזמת המעסיק חופשה ללא תשלום ביוזמתי

אחר _____

לידיעתך – אם יש לך הכנסות כשכירה או עצמאית, אינך זכאית למענק. מוצע להגיש תביעה לאחר הפסקת העבודה.

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסתך משכר. אם את מתנגדת לכך עלייך לסמן את ההצהרה הבאה:

אני מסרבת שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

3

פרטים על הכנסות מגיל 62 עד גיל 62 ו-4 חודשים

מקור ההכנסה

1.	פנסיה בישראל	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, סכום _____
2.	פנסיה מחו"ל	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, סכום _____
3.	רנטה מחו"ל	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, סכום _____
4.	תגמולים ממשד הביטחון/אוצר	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, סכום _____
5.	אחר	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, סכום _____

אין למלא הכנסות מקצבאות הביטוח הלאומי

האם בשנת המס בה מלאו לך 61, הכנסותיך ההוניות* עולות על סך 60,000 ₪ בשנה? לא כן
 * הכנסה הונית – הכנסה מדמי שכירות מקרקע, חנות, דירה, מבנה, השכרת מונית, הכנסה מריבית על חסכונות או דיווידנד ממניות.

4

הצהרה על אישור העברת מידע לרשות המיסים

האם את מסכימה כי הצהרתך בדבר הכנסותיך ההוניות (כפי שהצהרת בסעיף 3 לעיל),
 תועבר על ידי הביטוח הלאומי לרשות המיסים לשם בדיקה? כן לא

שימי לב! אי הסכמה להעברת המידע, תשלול את זכאותך למענק מעבר.

5

הצהרה על פרטי חשבון

אני מבקשת שהקצבה תשולם לי לחשבון:

שמות בעלי החשבון		קרבה לתובעת	
שם הבנק		שם סניף/כתובת	מס' סניף
שם סניף/כתובת		מס' סניף	מספר חשבון

החשבון מתנהל על שם: קיבוץ מושב שיתופי

אני מסכימה 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 הפרטים של מושכי התשלומים.

אני מסכימה כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי לעיל 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 היא עלי להמציאם לפי דרישה.

אם אהיה זכאית להטבה, אני מסכימה להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

תאריך _____ שם התובעת _____ חתימת התובעת **X** _____