



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף קצבאות אזרחים ותיקים
ושאירים

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

עמוד 1 מתוך 2

מס' זהות / דרכון																			
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																			
סוג המסמך		דפים																	

**בקשה למענק הסתגלות למי שמעל גיל 67 (נשים וגברים)
שהפסיק לעבוד עקב משבר הקורונה (תקנות לשעת חירום נגיף הקורונה)**

הזכאים – דברי הסבר

- תושב ישראל מגיל 67 ומעלה.
- שכירים לפחות ב-3 החודשים האחרונים לפני היציאה לחל"ת או לפני הפיטורים
- אנשים שפוטרו מהעבודה או הוצאו לחל"ת לתקופה העולה על 30 ימים (אדם שהתפטר אינו זכאי למענק)
- לתשומת לבך: מקבלי פנסיה – זכאי רק מי שסכום הפנסיה החודשית ברוטו נמוך מ-5000 ₪ .
- גובה המענק מותנה בגובה הפנסיה.

1

פרטי המבקש

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:

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.

שם המעסיק: _____ **תקופת עבודה:** _____

מתאריך _____ עד תאריך _____ סיבת הפסקת העבודה: פיטורין חל"ת

מתאריך _____ עד תאריך _____ סיבת הפסקת העבודה: פיטורין חל"ת

מתאריך _____ עד תאריך _____ סיבת הפסקת העבודה: פיטורין חל"ת

האם חזרת לעבודה? לא כן, בתאריך _____

שם מעסיק נוסף: _____ **תקופת עבודה:** _____

מתאריך _____ עד תאריך _____ סיבת הפסקת העבודה: פיטורין חל"ת

מתאריך _____ עד תאריך _____ סיבת הפסקת העבודה: פיטורין חל"ת

מתאריך _____ עד תאריך _____ סיבת הפסקת העבודה: פיטורין חל"ת

האם חזרת לעבודה? לא כן, בתאריך _____

הכנסה מפנסיה לא כולל סכום קצבת אזרח ותיק מביטוח לאומי: אין יש, גובה הכנסה מפנסיה (ברוטו) _____ ₪

2

פרטי חשבון הבנק

שמות בעלי החשבון:	סוג החשבון <input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוץ <input type="checkbox"/>		
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אני מצהיר בזה, כי כל הפרטים בבקשה הם נכונים ומלאים.
 ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכותי 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 לביטוח לאומי יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין. וכן שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי את פרטיהם של מושכי התשלומים.

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

ידוע לי, כי בהתאם לחוק הביטוח הלאומי, אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן גמלה לפי חוק זה, או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, עובר על החוק וצפוי לקנס כספי ומאסר.
 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.

שם המבקש _____ חתימה * _____