



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
תחום ילדים

חותמת קבלה

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0 1</div> <div style="text-align: center;">סוג המסמך</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </div> </div> </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------

בקשה לבדיקת זכאות למענק לימודים לילדי גרושה

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center;">מס' פניה (לא למילוי)</div> </div> </div>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- התקבל במוסד לביטוח לאומי מידע ממשרד הפנים המציין כי התגרשת. לידיעתך: מענק הלימודים ישולם להורה שמקבל את קצבת הילדים ( אלא אם התקבל מידע אחר מההורה השני על החזקת הילד/ים).
- זכאי למענק לימודים על פי חוק הביטוח הלאומי מי שעונה לאחד מהתנאים המפורטים להלן בחודשים יולי-אוגוסט של אותה שנה שבעבורה נתבע המענק, ובחזקתו ילד שמלאו לו 6 שנים וטרם מלאו לו 18 שנים.
- את טופס התביעה בצירוף המסמכים הנלווים ניתן:
- למלא דרך אתר הביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il) באמצעות כפתור תביעות מקוונות (און – ליין).
  - למסור לפקיד קבלת קהל בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.
  - לשלוח את התביעה עם המסמכים הנלווים באמצעות פקס, אין צורך להגיש מסמכי מקור. עם זאת, המוסד יהיה רשאי לדרוש הצגה של מסמך מקורי, אם הצילום או הפקס שהתקבל אינו ברור, או מכל סיבה אחרת לפי שיקל דעתו של פקיד התביעות.
- אם זאת תביעתך הראשונה למענק לימודים, יש למלא בנוסף גם טופס "פיצול תיק" (בל/5020). לשאלות וברורים ניתן לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345. לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

פרטי ההורה שבאחזקתו הילד/ים

1

מספר זהות ס"ב <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	שם פרטי	שם משפחה
<b>כתובת ופרטי התקשרות</b>		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
יישוב	דירה	מיקוד
דואר אלקטרוני _____@_____	טלפון נייד <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	טלפון קווי <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>
<b>אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:</b>		
שם משפחה איש קשר <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>

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.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

- אני מצהיר בזאת שאני גרוש מתאריך - \_\_\_\_\_ ואין לי בן /בת זוג הידוע בציבור.
- אני מצהיר בזאת שאני גרוש ויש לי בן /בת זוג הידוע בציבור מתאריך - \_\_\_\_\_ שם מלא \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_.
- (עלייך להסדיר את מעמדך המשפחתי בתחום הביטוח והגביה בסניף הקרוב למקום מגוריך).
- אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בבקשה זו ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין 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 בבקשה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכותי לגמלה או על יצירת חוב ועל כן, אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל יציאה מהארץ של הילד/ים לתקופה העולה על 3 חודשים.

אני מסכים, שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד לביטוח לאומי יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי את פרטיהם של 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.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת [btldpo@nioi.gov.il](mailto:btldpo@nioi.gov.il). אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותי מצדדי ג', בהתאם לדין.

חתימת המבקש או מקבל הגמלה ✕

תאריך \_\_\_\_\_